



اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران

ویراست چهارم



دکتر فریدون عزیزی

دکتر حسین حاتمی دکتر محسن جانقربانی

پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی

**بخش
هفتم**

بیماری‌های روانی

گفتار ۳۵ : اختلال افسردگی

گفتار ۳۶ : دیگر اختلال‌های روانی

گفتار ۳۷ : اعتیاد

اختلال افسردگی

دکتر احمدعلی نوربالا

یکی از ابعاد روان آدمی، خلق (Mood) نامیده می شود. در فارسی واژه «خلق» به معانی زیادی از قبیل خوی، عادت، طبع، نهاد، سرشت، خصلت، مزاج، طبیعت، مشرب، سیرت و اخلاق به کار می رود (۱). کاربرد مورد توجه آن در روانپزشکی عبارت است از حالات هیجانی غالب و حاکم بر انسان که زندگی او را رنگ می بخشد و به تظاهر خارجی و جنبه‌های فیزیولوژیک حالت های هیجانی نیز، عاطفه (Affect) گفته می شود. در اکثر افراد معمولی، حالت های هیجانی و یا وضعیت خلقی، بسته به تغییرات محیطی، نوسان‌های ملایمی در جهت غمگینی و یا شادابی مشاهده می شود ولی در عده‌ای این تغییرات خلقی وسیع است و به تبع این تغییرات خلقی، سایر ابعاد روانی از قبیل تفکر، شناخت، گفتار و رفتار نیز تغییر می کند. چنین افرادی مبتلا به اختلالات خلقی می باشند. چنانچه این تغییر خلقی به صورت مستمر در جهت غمگینی به نسبت شدید باشد، در حقیقت فرد به اختلال افسردگی مبتلا شده است.

بنابراین افسردگی، اختلالی است که ویژگی اولیه و عمده آن تغییر خلق است و شامل یک احساس غمگینی و اندوه شدید است که از یک نومیادی خفیف تا احساس یأس زیاد ممکن است نوسان داشته باشد. این تغییر خلق به نسبت ثابت و برای روزها، هفته‌ها، ماه‌ها یا سال‌ها ادامه دارد. همراه این تغییر خلق، تغییری مشخص در رفتار، نگرش، تفکر، کارائی و اعمال فیزیولوژیک نیز وجود دارد. افسردگی به عنوان یک نشانه در بسیاری از اختلالات روانی و یا بیماری‌های جسمی ممکن است مشاهده شود و یک بخش فرعی یا ثانوی از تابلوی بالینی را تشکیل دهد. همچنین، افسردگی می تواند یک احساس طبیعی باشد که مشخصه حالت ماتم و سوگواری است (۲).

اهمیت بهداشتی

افسردگی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی می باشد و یکی از شایع‌ترین مسائلی است که در پزشکی امروز دیده می شود. از نظر میزان شیوع حدود ۴۰ - ۳۵ درصد تمام اختلالات روانپزشکی را که به مداخله پزشک می انجامد، افسردگی‌ها تشکیل می دهند.

اختلال افسردگی تک قطبی^۱ به تنهایی مسوول بیش از یک‌سال از هر ده سال عمری است که در جهان با ناتوانی سپری می شود. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱، اختلال افسردگی تک قطبی چهارمین علت مهم DALYs^۲ (مجموع سال‌هایی که فرد در اثر مرگ یا نوع ناتوانی، از داشتن یک زندگی سالم محروم

^۱ Unipolar depressive disorder

^۲ Disability adjusted life years

می‌شود = بار بیماری) و نیز نخستین علت مهم «سال‌هایی که به نوعی با ناتوانی سپری می‌شود»^۱ محسوب می‌گردد. بر اساس پیش‌بینی پژوهشگران سازمان جهانی بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه هاروارد و بانک جهانی، بار جهانی اختلال افسردگی تک قطبی براساس معیار DALYS از رتبه چهارم در سال ۱۹۹۰ به رتبه دوم در سال ۲۰۲۰ ارتقاء می‌یابد که بیانگر اهمیت و تأثیر این اختلال در زندگی و سلامت همه جوامع بشری در آینده می‌باشد (۳). از طرف دیگر، براساس پژوهش دو سازمان بین‌المللی (WHO, WONKA)، رتبه بار بیماری‌ها برای اختلال افسردگی از سال ۲۰۰۲ که رتبه چهارم می‌باشد در سال ۲۰۳۰ میلادی به رتبه بالاتر یعنی رتبه دو ارتقاء می‌یابد. رتبه یک در کشورهای توسعه یافته و در کشورهای در حال توسعه بعد از ایدز، رتبه دوم را افسردگی به خود اختصاص می‌دهد (۴).

در غالب موارد، این اختلال با مداخله‌های درمانی بهبود می‌یابد. گو اینکه عود کسالت هم به نسبت، شایع‌می‌باشد و به همین جهت عده‌ای از اختلال افسردگی به عنوان «سرماخوردگی بهداشت روانی» نام می‌برند. اختلال افسردگی از کودکی تا ۵۰ سالگی و بالاتر یعنی دوره سالمندی می‌تواند شروع شود. بعضی از داده‌های همه‌گیری شناختی نشان می‌دهند که میزان بروز اختلال افسردگی اساسی در افراد زیر ۲۰ سال در حال فزونی است. شایان ذکر است که شیوع افسردگی در زنان به طور تقریبی دو برابر مردان گزارش شده است و متأسفانه ۱۵ درصد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی ممکن است در اثر اقدام به خودکشی، جان خود را از دست بدهند (۵).

بیماران افسرده، ضمن تحمل رنج طاقت فرسای درونی، بر روی اطرافیان و محیط خود نیز اثر نامطلوب و قابل توجهی می‌گذارند و این تأثیرها منجر به کاهش عملکرد و کارائی خانوادگی و شغلی و نتایج سوء اقتصادی و اجتماعی می‌گردد و با کمال تأسف در برخی جوامع از جمله ایران، علائم افسردگی به غلط به عنوان واکنش‌های قابل انتظار در مقابل استرس، قرینه‌ای برای ضعف اراده و ایمان و یا تلاش آگاهانه برای کسب نفع ثانوی تعبیر می‌شود و گاهی در بعضی نقاط کشورما برای اصلاح کلی اختلال روانی، واژه ابتلا به افسردگی به کار برده می‌شود که این غلط مصطلح و سایر مقوله‌های فوق نه تنها انحراف در تشخیص و درمان را سبب می‌شود بلکه بر استضعاف و رنج درونی گرفتاران به افسردگی نیز می‌افزاید.

بنابراین، افسردگی در جایگاه تشخیصی، از جهت اینکه می‌تواند حالتی از تغییر و تحول‌های طبیعی خلق، نشانه‌های فرعی از بیماری‌های جسمی و روانی یا اختلال جدی افسردگی باشد و همچنین از جهت شیوع بالا، به ویژه بخصوص در بین زنان و جوانان، سیر بیماری و پیش‌آگهی آن، و نیز تأثیر جدی بر روی دیگر افراد محیط و تغییراتی که در شرایط اقتصادی خانواده و اجتماع می‌گذارد، نقش بسیار رفیع و مهمی در نظام بهداشتی، درمانی و تأمین سلامتی جامعه ایفا می‌نماید.

اتیولوژی

اختلال خلقی مانند بیشتر اختلالات روانپزشکی تک عاملی نیستند. این عوامل اتیولوژیک از طریق فرآیندهای

^۱Years lived with disability (YLDs)

زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی که تا حدودی طی پژوهش‌ها شناخته شده‌اند، عمل می‌کنند. در مورد اختلالات افسردگی نسبت به اختلالات مانیا اطلاعات بیشتری در اختیار داریم. امروزه بخش زیادی از پژوهش‌ها درباره اتیولوژی و عوامل مستعد کننده بیماری و درمان‌های متناسب با آن صورت می‌گیرد. در ادامه‌ی همین گفتار به یافته‌های سبب‌شناسی (اتیولوژی) افسردگی اشاره خواهد شد.

ایدیولوژی توصیفی و رویداد بیماری

شیوع عمری

اختلال افسردگی اساسی^۱ اختلال شایعی است که میزان شیوع تمام طول عمر آن حدود ۲۰-۱۵ درصد است (۱۰ الی ۲۵ درصد در زنان و ۵ الی ۱۲ درصد در مردان). میزان شیوع تمام طول عمر برای اختلال افسرده‌خویی^۲ حدود ۶ درصد گزارش شده است. میزان شیوع عمری اختلال دوقطبی (دوره‌های مانیک یا حمله‌های مانیک دپرسیو) حدود یک درصد است که بخشی از این حمله‌ها با تابلوی افسردگی بروز می‌کنند (۲).

شیوع لحظه‌ای و پژوهش‌های صورت گرفته در ایران

شیوع لحظه‌ای افسردگی اساسی در مردان ۴/۷ درصد و در زنان ۶ درصد گزارش شده است. در بسیاری از پژوهش‌ها بین ۸ تا ۲۰ درصد نمونه‌های جمعیتی سالم، علائم افسردگی بالاتر از حد نمره تعیین شده برای غربالگری «افسردگی اساسی» داشته‌اند، گو اینکه اکثر این افراد فاقد شاخص‌های افسردگی اساسی بودند، ولی با میزان بالاتری از ناتوانی، ضعف کارکرد اجتماعی و مرگ روبرو بوده‌اند (۵).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱، شیوع افسردگی معمولی در پانزده شهر دنیا، براساس مراقبت‌های اولیه بهداشتی، حدود ۱۰/۴ درصد گزارش شده است که به شرح ذیل می‌باشد:

۱۱/۶ درصد در آنکارای ترکیه، ۶/۴ درصد در آتن یونان، ۹/۱ درصد در بنگلور هند، ۶/۱ درصد در برلین آلمان، ۱۵/۹ درصد در Gorningen هلند، ۱۶/۹ درصد در منچستر انگلستان، ۲/۶ درصد در ناکازاکی ژاپن، ۱۳/۷ درصد در پاریس فرانسه، ۱۵/۸ درصد در ریودوژانیرو برزیل، ۲۹/۵ درصد در سانتیاگو شیلی، ۶/۳ درصد در سیاتل آمریکا، ۴ درصد در شانگهای چین، ۴/۷ درصد در ورونا ایتالیا (۶). در اکثر این پژوهش‌ها شیوع افسردگی در زنان حدود ۲ برابر مردان گزارش شده است. در ایران پژوهش‌های متعددی برای شیوع افسردگی صورت گرفته است که به نتایج چند مورد مهم و معتبر آن اشاره می‌گردد. شیوع افسردگی در روستاهای شیراز حدود ۲/۶ درصد در سال ۱۳۴۲، در روستاهای خوزستان ۲ درصد در سال ۱۳۴۳ و در شهر شیراز ۳/۶۹ درصد در سال ۱۳۵۴ گزارش شده است. شیوع افسردگی در جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر شهرستان رودسر در سال ۱۳۵۰ را حدود ۲۴/۳ درصد و در جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر روستای دره زرشک یزد در سال ۱۳۵۷، ۴۶/۹ درصد گزارش نموده‌اند (۷).

¹ Major depressive disorder

² Dysthymic disorder

در چند مطالعه غربالگری، که بررسی شیوع علائم افسردگی در بین دانش‌آموزان دبیرستانی ایران در شهرستان‌های تهران، کرج، یزد و اردکان صورت گرفته، شیوع علائم افسردگی به ترتیب ۲۸/۷٪، ۲۷/۵٪، ۲۵٪ و ۲۲/۹٪ گزارش شده است و این شیوع با افت تحصیلی، رابطه معنی داری داشت (۸-۱۱).

در مطالعه ای با عنوان «بررسی وضعیت سلامت روان در جمعیت بزرگسال ایران» که با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 در سال ۱۳۷۸ انجام شد، شیوع علائم افسردگی در ۲۱ درصد جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر گزارش گردید (۱۲) که براساس نمره برش ۶ و بیشتر این شیوع برابر با ۳/۸ درصد (۴/۸ درصد زنان و ۲/۶ درصد مردان، ۳/۹ درصد در شهرها و ۳/۶ درصد در روستاها) مشخص شد که کمترین شیوع در استانهای اصفهان و بوشهر با میزان ۱/۴ درصد و بیشترین شیوع در استان کهگیلویه و بویراحمد با شیوع ۱۰/۵ درصد بنده است (۱۳). در ادامه پژوهش کشوری فوق، پژوهش تکمیلی با استفاده از چک لیست مصاحبه روانپزشکی براساس معیارهای DSM-17 روی افراد مشکوک، غربال شده با پرسشنامه GHQ-28 در جمعیت ۱۵ سال و بالاتر شهر تهران در سال ۱۳۷۸ صورت گرفت که براساس یافته‌های پژوهش ۴/۴ درصد افراد، اختلال افسردگی اساسی و ۳/۹ درصد، اختلال افسرده خویی و ۰/۸ درصد، اختلال افسردگی خفیف را نشان دادند (۱۴).

مطالعه ای در سال ۱۳۷۹ براساس آزمون افسردگی بک (BDI) بر روی جمعیت ۶۵-۲۰ سال شهر تهران نشان داد که ۶/۸ درصد جمعیت دچار افسردگی اساسی، ۲/۳ درصد دچار افسردگی خفیف و ۲/۳ درصد دچار دیس تایمی هستند (۱۵). در مطالعه دیگری تحت عنوان «بررسی همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران (سال ۱۳۸۰) براساس پرسشنامه تغییر یافته اختلالات عاطفی واسکیزوفرنی (SADS) روی جمعیت ۱۸ سال و بالاتر ایران انجام گرفت، شیوع افسردگی اساسی ۲/۹۸ درصد (۴/۳۸ درصد در زنان و ۱/۵۹ درصد در مردان) و اختلال افسردگی خفیف ۰/۳۳ درصد و افسرده خویی ۰/۰۶ درصد گزارش گردیده است (۱۶).

در پژوهشی که تحت عنوان "پیمایش ملی شیوع ۱۲ ماهه اختلالات روانپزشکی در ایران" که روی جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال ایران با ابزار مصاحبه تشخیصی بالینی (CIDI) بر روی ۷۸۸۶ نفر در سال ۱۳۹۰ انجام داده اند شیوع اختلال افسردگی اساسی به عنوان مهمترین اختلال روانپزشکی به میزان ۱۲/۷ درصد گزارش شده است (۱۷).

سرانجام در دو طرح عدالت در سلامت شهر تهران که در سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۹۰ در جمعیت بالای ۱۵ سال بر اساس ابزار GHQ-28 انجام گرفت، به ترتیب ۱۷/۴ درصد در سال ۱۳۸۷ و ۳۴/۶۹ درصد در سال ۱۳۹۰ نشانه‌های افسردگی را در مردم تهران مشاهده کرده‌اند (۱۸).

همان گونه که از مشاهده نتایج به دست می آید، گرچه اعداد گزارش شده در پژوهش‌های داخلی تا حدی متفاوت است که عمدتاً ناشی از سال پژوهش صورت گرفته و از همه مهمتر ابزار پژوهش (مصاحبه روانپزشکی، پرسشنامه GHQ-28 - آزمون بک، پرسشنامه SADS، CIDI)، نوع جمعیت مورد مطالعه (تمامی جمعیت، افراد بالای ۱۵ سال و یا بالای ۱۸ سال) و افرادی که پرسشنامه را تکمیل کرده و یا مصاحبه انجام داده اند و سایر عوامل دیگر می‌باشد. در مجموع نتایج این مطالعات نشان دهنده شیوع قابل توجه اختلال افسردگی در ایران است.

سیر طبیعی بیماری

از بیشترین پژوهش‌ها این نتیجه به دست می‌آید که بیماران افسرده در معرض عود بیماری قرار دارند و بیماری سیری طولانی دارد. حدود ۵۰ درصد بیماران در دوره نخست اختلال افسردگی قبل از مشخص شدن دوره، علائم قابل ملاحظه‌ای از افسردگی داشته‌اند. مفهوم ضمنی آن، این است که شناخت و درمان به موقع علائم ممکن است مانع پیدایش یک دوره کامل افسردگی شود، هرچند ممکن است علائم وجود داشته باشند. در ۵۰٪ بیماران، نخستین دوره افسردگی قبل از ۴۰ سالگی شروع می‌شود. شروع دیررس، با فقدان سابقه خانوادگی اختلال‌های خلقی، اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی و سوء مصرف الکل رابطه دارد. یک دوره افسردگی درمان نشده، ۶ تا ۱۳ ماه طول می‌کشد. در اکثر موارد طول مدت درمان سه ماه است. قطع داروهای ضد افسردگی قبل از سه ماه به تقریب همیشه به عود علائم می‌انجامد. با پیشرفت سیر بیماری، دوره‌ها طولانی‌تر و بیشتر می‌شوند. در یک دوره ۲۰ ساله تعداد متوسط دوره‌ها ۵ تا ۶ سال بوده است. اختلال افسردگی اساسی، میل به عود دارد. در بیمارانی که در دوره نخست اختلال افسردگی اساسی بستری می‌شوند، حدود ۵۰ درصد موارد، علائم بهبودی در سال اول را نشان می‌دهند. درصد بیمارانی که پس از بستری شدن بهبود می‌یابند، با گذشت زمان کاهش می‌یابد و در ۵ سال پس از بستری شدن هنوز ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران، بهبود نیافته باقی می‌مانند. بسیاری از بیماران بهبود نیافته، به اختلال افسرده خوبی مبتلا می‌شوند. عود اختلال افسردگی اساسی نیز شایع است. حدود ۲۵٪ بیماران در ۶ ماه نخست، ۳۰ تا ۵۰ درصد در دو سال اول و حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد در پنج سال اول پس از ترخیص از بیمارستان دچار عود بیماری می‌گردند.

میزان عود در کسانی که مصرف داروی پیشگیری کننده را ادامه می‌دهند و سابقه یک یا دو دوره افسردگی دارند، پایین‌تر است. به طور کلی هرچه بیمار دوره‌های بیشتری از افسردگی را تجربه می‌کند، فاصله بین دوره‌ها، کمتر شده، شدت هر دوره بیشتر می‌گردد. از نظر پیش‌آگهی، ۵۰٪ بیماران بهبود و ۳۰٪ بهبود نسبی می‌یابند، بیماری ۲۰٪ مزمن می‌شود و با کمال تأسف از مجموع بیماران حدود ۱۵٪ سرانجام خودکشی می‌کنند.

دوره‌های خفیف علائم سایکوتیک و اقامت کوتاه‌تر در بیمارستان، دوستی‌های محکم دوران نوجوانی، عملکرد با ثبات خانواده و عملکرد اجتماعی خوب در پنج سال قبل از شروع بیماری، فقدان اختلال روانی و بیش از یک دوره نبودن سابقه بستری شدن در بیمارستان برای اختلال افسردگی اساسی و سن بالاتر در شروع اختلال، همگی جزء شاخص‌های پیش‌آگهی دهنده خوب بیماری هستند. اختلال افسرده خوبی توأم با بیماری، مصرف الکل و یا سایر مواد مسکر، علائم اختلال اضطرابی و سابقه بیش از یک دوره افسردگی قبلی، پیش‌آگهی را بدتر می‌کند. به طور کلی مردان بیش از زنان ممکن است سیر تخریبی مزمن داشته باشند (۲، ۴).

تأثیر جنس

در اکثر پژوهش‌ها و بررسی‌های جهانی بدون ارتباط با کشور تحت مطالعه، اختلال افسردگی در زنان حدود ۲ برابر بیش از مردان می‌باشد. در دو مطالعه کشوری صورت گرفته در ایران نیز شیوع آن در زنان ۲-۱/۵ برابر مردان

گزارش شده است (۲، ۶-۱۷) هرچند علل این اختلاف به طور دقیق معلوم نیست ولی احتمال می‌رود که این تفاوت ناشی از استرس‌های زایمان، درماندگی آموخته شده و آثار هورمونی در زنان باشد.

تأثیر سن

اختلال افسردگی اساسی ممکن است در کودکی یا سالمندی شروع شود. سن متوسط شروع این اختلال حدود ۴۰ سالگی است. در ۵۰٪ موارد، سن شروع بیماری بین ۲۰ تا ۵۰ سالگی می‌باشد. بعضی از داده‌های اپیدمیولوژیک جدید، میزان بروز اختلال افسردگی اساسی را در افراد زیر ۲۰ سال، در حال افزایش نشان داده‌اند، که در صورت معنی دار بودن این تغییر، مصرف الکل و سوء مصرف مواد و استرس‌های خاص این دوره زندگی از علل احتمالی آن است.^(۳) شیوع افسردگی اساسی در جمعیت ۱۸-۲۵ سال ۱/۶ درصد، ۴۰-۴۶ سال ۳/۴۲ درصد، ۴۱-۵۵ سال ۴/۳۴ درصد، ۵۶-۶۵ سال ۲/۶۹ درصد و در جمعیت بالای ۶۶ سال ۳/۰۷ درصد گزارش شده است (۱۶).

تأثیر محیط

شیوع افسردگی اساسی در محیط‌های درمانی، بالاتر از حد معمول جامعه است. در اکثر پژوهش‌ها ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد در محیط‌های درمانی و مراکز نگهداری طولانی مدت، شاخص‌های افسردگی اساسی را دارا بوده‌اند. به علاوه، ۲۰ تا ۳۰ درصد اشخاص در محیط‌های درمانی، علایم حاد یا خفیف افسردگی را گزارش نموده‌اند. از آن جا که شیوع افسردگی در زنان خانه‌دار، افراد بیکار و بازنشسته‌ها به طور قابل توجهی بیشتر است، تأثیر مثبت اشتغال و محیط کار مشخص می‌شود (۲، ۷، ۸، ۱۲).

تأثیر نژاد

تفاوت مشخصی بین شیوع اختلال در نژادهای مختلف دیده نشده است، ولی برخی از متخصصان علاقه دارند که اختلال خلقی و افسردگی را در افرادی که زمینه فرهنگی و نژادی متفاوتی دارند کمتر از معمول و اسکیزوفرنی را بیش از معمول تشخیص دهند.

تأثیر مذهب و معنویت

در سال‌های اخیر مطالعه‌های متعددی در رابطه با مذهب، معنویت و اهمیت آن در تأمین بهداشت روانی، در نقاط مختلف دنیا صورت گرفته است. در یک مطالعه در منطقه کارولینای شمالی آمریکا در مورد رابطه تعلق‌های مذهبی با افسردگی اساسی، در گروه‌های مختلف مذهبی بررسی شد و مشخص گردید که در گروهی از مسیحیان به نام پنتاکستال‌ها^۱ که به ظاهر رفتارهای انزواگرایانه اجتماعی دارند، شیوع افسردگی اساسی بیشتر از دیگر گروه‌ها و قشرهای جامعه است (۱۹). در مطالعه دیگری روی گروهی از زنان مسن مبتلا به شکستگی لگن مشخص گردید که شیوع افسردگی و شدت آن و عوارض روانی ناشی از شکستگی لگن در زنانی که دارای ایمان مذهبی بودند، به

^۱Pentacostals

مراتب کمتر بود و وضعیت حرکتی بهتری در این زنان دیده شد (۲۰). در مطالعه‌های غربالگری علایم افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرهای ایران نیز در افراد با درجه بالای عقاید مذهبی و مقید به انجام اعمال مذهبی، میزان افسردگی به صورت معنی داری کمتر بود که همگی حکایت از تأثیر مثبت و آرام‌بخش ایمان مذهبی متعادل، همراه با نگرش مثبت اجتماعی در تأمین سلامت روانی و به همراه آن کاهش افسردگی دارد (۸، ۹، ۱۰، ۱۱). شایان ذکر است که بعد معنوی که مقوله‌ای همگانی و شامل همه انسان‌ها اعم از دیندار و بی‌دین می‌شود، موضوعی متفاوت از موضوع مذهبی است و پژوهش‌های گسترده‌ای در رابطه با باورهای معنوی و بهبود سلامت روان از جمله سیر بهتر افسردگی نیز گزارش گردیده است. البته نباید فراموش کرد که آموزه‌های مذهبی تقویت‌کننده و پرورش‌دهنده بعد معنوی و نیز جنبه‌های آرامبخشی این بعد می‌باشد.

وضعیت تأهل

به طور کلی اختلال افسردگی اساسی در افرادی که فاقد رابطه بین فردی نزدیک هستند یا از همسر خود طلاق گرفته یا جدا شده اند بیشتر است (۱۱، ۱۲، ۱۵). در دو مطالعه کشوری انجام شده، شیوع افسردگی در افراد متأهل بیش از افراد مجرد در ایران گزارش شده است که علت آن استرس‌های اقتصادی و اجتماعی، مسؤلیت اداره خانواده و نگهداری کودک می‌تواند باشد.

سابقه خانوادگی

در بیشتر مطالعه‌های اپیدمیولوژی، سابقه خانوادگی مثبت اختلال خلقی به ویژه در بستگان درجه یک بیماران افسرده نسبت به افراد عادی بیشتر بوده است. همچنین سابقه خانوادگی خودکشی و الکلیسم در خانواده بیماران افسرده، بیش از جمعیت عادی است (۲).

ملاحظه‌های اجتماعی و فرهنگی

رابطه‌ای بین طبقه اجتماعی و شیوع افسردگی اساسی به صورت قطعی وجود ندارد. در دو مطالعه کشوری انجام شده، شیوع افسردگی در ایران، در شهرها بیش از روستاها گزارش شده است (۱۲، ۱۳، ۱۶). این مساله می‌تواند به علت هماهنگی، اتحاد بیشتر و زندگی کم‌استرس‌تر در محیط‌های روستایی باشد. در این دو مطالعه همچنین با افزایش سطح تحصیلات از میزان شیوع افسردگی کاسته می‌شود. حوادث تلخ زندگی، استرس‌های مزمن بیکاری و فقر اقتصادی از جمله عوامل موثر دیگر در بروز افسردگی محسوب می‌شوند.

در مطالعه مروری که در پاکستان انجام شد، عوامل خطر اختلالات افسردگی چنین گزارش شده‌اند: جنس مونث، میانسالی، سطح پایین تحصیلات، مشکلات مالی و مشکلات زناشویی و خانوادگی (۲۱).

پس در مجموع به نظر می‌رسد که ملاحظات اجتماعی و فرهنگی، اهمیت زیادی در رابطه با شیوع افسردگی، شدت و نحوه درمان آن دارند. مقاله مروری که سعی در بررسی این ملاحظات دارد، حتی تظاهر افسردگی در جوامع مختلف را در رابطه با مسایل فرهنگی، اجتماعی و مذهبی آن منطقه می‌داند. این مقاله با عنوان «جهانی‌سازی و اختلالات روانی» ارائه دستورالعمل‌های خاص هر منطقه را برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات روانی، به عنوان راهکارهای مهم پیشنهاد می‌کند (۲۲).

عوامل سبب‌شناسی

همان‌طور که گفته شد اختلال افسردگی مانند بیشتر اختلال‌های روانپزشکی تک‌عاملی نیست، بلکه عوامل تشکیل‌دهنده میزبان (انسان) یعنی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در تداخل با یکدیگر منجر به بروز افسردگی می‌گردند که به اختصار به شرح مهمترین این عوامل می‌پردازیم (۲، ۴).

عوامل زیستی

در مطالعه‌های اخیر، عوامل زیستی نقش پررنگ و مهم سببی را در افسردگی نشان داده‌اند که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

۱- آمین‌های بیوژنیک: امروزه نقش ناقلان عصبی، بخصوص نوراپی نفرین و سروتونین، بیش از همه در

فیزیوپاتولوژی اختلال‌های خلقی و به خصوص افسردگی مطرح می‌باشد.

۱-۱- نوراپی نفرین: تغییر در حساسیت گیرنده‌های بتاآدرنرژیک و کاهش متابولیت نوراپی نفرین (۳ متوکسی،

۴ هیدروکسی فنیل گلیکول) در خون، ادرار و مایع مغزی-نخاعی بیماران افسرده و پاسخ درمانی آنها به داروی دزیپرامین (مهارکننده جذب مجدد نوراپی نفرین) همگی مؤید نقش نوراپی نفرین در فیزیوپاتولوژی علائم افسردگی می‌باشد.

۱-۲- سروتونین: در بعضی از بیماران افسرده با فکر و اقدام به خودکشی، غلظت سروتونین در اتوپسی مغزی بالا و متابولیت‌های سروتونین در مایع مغزی-نخاعی، پایین گزارش گردیده است. کشف انواع گیرنده‌های سروتونین و دخیل بودن بعضی از آنها در افسردگی مثل 5-HT_{1A}، 5-HT₂ و تأثیر شگرف مهارکننده‌های اختصاصی جذب مجدد سروتونین مثل فلوکسیتین در درمان افسردگی همگی حکایت از نقش مهم سروتونین در رابطه با فیزیوپاتولوژی افسردگی دارد و ممکن است تخلیه سروتونین زمینه ساز افسردگی باشد.

۱-۳- دوپامین: کاهش همووانیلیک اسید در بعضی از بیماران افسرده و مشاهده‌های ناشی از بروز افسردگی بر اثر مصرف داروهای پایین آورنده دوپامین، مثل رزپین یا بیماری‌هایی که با کاهش غلظت دوپامین همراه هستند، مانند پارکینسون، همچنین بهبود افسردگی بر اثر مصرف داروهای بالابرنده دوپامینی مثل تیروزین، آمتامین و بوپروپیون، سبب شده است که دانشمندان درگیری گیرنده‌های دوپامینی D₁ و اختلال در راه‌های دوپامینی مزولیمبیک را که منجر به کاهش عملکرد دوپامینی می‌باشد، در افسردگی مطرح نمایند.

۱-۴- دیگر عوامل نوروشیمیایی: در بعضی از مطالعه‌ها علاوه بر دخالت ناقل عصبی مذکور (NE-5-HT-D)، بی‌نظمی سیستم آدرنرژیک و کولینرژیک با تسلط کولینرژیک در افسردگی گزارش شده است. در ضمن ناقلان عصبی اسید آمینه به ویژه گاما آمینوبوتیریک اسید و پپتیدهای مؤثر بر اعصاب چون آزوپرسین و مواد افیونی درونزا را در فیزیوپاتولوژی افسردگی مؤثر دانسته‌اند.

بعضی از پژوهشگران اشاره نموده‌اند که سیستم‌های پیام برنده ردیف دوم مثل آدنیلات سیکلاز، فسفاتیدیل اینوزیتول و تنظیم کلسیم ممکن است از نظر سبب شناسی افسردگی دارای اهمیت باشند.

۲- نظم عصبی - غددی: انواعی از بی‌نظمی‌های عصبی - غددی در مبتلایان به اختلال‌های خلقی و افسردگی گزارش شده است و به طور کلی نابهنجاری‌های عصبی - غددی به احتمال زیاد بازتاب گسستگی در درونداد بیولوژیک آمین به هیپوتالاموس است و محور عمده درگیر، محور سیستمیک هیپوتالامیک-هیپوفیز-آدرنال می‌باشد.

۱-۲- محور آدرنال: وجود رابطه بین ترشح بیش از معمول کورتیزول و افسردگی یکی از قدیمی‌ترین مشاهده‌ها در روانپزشکی است. در حدود ۵۰٪ بیماران افسرده، پاسخ کاهش کورتیزول در مقابل دوز واحد دگزامتازون را به صورت غیرطبیعی نشان می‌دهند و البته این آزمون مختل در بسیاری از اختلال‌های روانی دیگر از جمله وسواس، اسکیزوفرنی و آلزایمر هم گزارش شده است. امروزه معتقدند که بیماران افسرده‌ای که پس از درمان، آزمون DST آن‌ها اصلاح نمی‌شود، در معرض عود بیشتری قرار دارند. به احتمال زیاد در بعضی از بیماران افسرده کارکرد گیرنده‌های کورتیزول در هیپوکامپ غیرطبیعی است، چون مطالعه‌های دیگر نشان داده‌اند که بالا بودن میزان کورتیزول خون می‌تواند موجب آسیب نوروون‌های هیپوکامپ شود. بنابراین، شاید حلقه‌ای متشکل از استرس و تحریک آزاد شدن کورتیزول منجر به آسیب فزاینده در هیپوکامپ از پیش معیوب شود.

۲-۲- محور تیروئید: اختلال‌های تیروئید به طور معمول با علائم خلقی همراه هستند. یک یافته ثابت در اکثر مطالعه‌ها این بوده است که حدود یک سوم بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که از سایر لحاظ، محور تیروئید نرمال دارند، در مقابل انفوزیون TRH در آزاد کردن تیروتروپین یعنی هورمون محرکه تیروئید (TRH) کند هستند. البته این اشکال در سایر اختلال‌های روانپزشکی هم گزارش شده است. پژوهش‌های تازه بر این احتمال تمرکز دارند که گروهی از بیماران افسرده از یک اختلال خودایمنی ناشناخته که بر غده تیروئید آنها تأثیر می‌گذارد رنج می‌برند.

۳-۲- دیگر تغییرهای هورمونی: در چند مطالعه، یک تفاوت آماری بین افراد افسرده و افراد بهنجار در نظم آزاد شدن هورمون رشد مشاهده شده است. در افراد افسرده افزایش ترشح هورمون رشد در پاسخ به تجویز کلونیدین کند است، همچنین کاهش هورمون محرکه فولیکول (FSH) کاهش هورمون محرک جسم زرد (LH) و کاهش تستوسترون در مردان در بسیاری از مطالعه‌ها گزارش شده است. در ضمن، کاهش ترشح و آزاد شدن شبانه ملاتونین و کاهش ترشح آزاد شدن پرولاکتین با تجویز تریپتوفان در بعضی از بیماران افسرده مشاهده شده است.

۳- نابهنجاری‌های خواب و ریتم شبانه روزی: بی‌خوابی در اول و آخر شب، بیدار شدن مکرر و پرخوابی از علائم شایع و کلاسیک افسردگی است. تأخیر در شروع خواب، کاهش زمان نهفتگی REM (زمان بین به خواب رفتن و شروع نخستین دوره خواب REM)، افزایش طول نخستین دوره REM و کاهش مرحله

چهارم خواب، وجود رابطه بین افسردگی و کارکردن‌های شیفیتی، ناهنجاری ساختار خواب در افسردگی و بهبود بالینی موقت افسردگی بر اثر محرومیت از خواب به این نظریه منجر شده است که عده ای افسردگی را بازتاب نظم ناهنجار ریتم‌های شبانه روزی می‌دانند.

۴ - **نظم عصبی - ایمنی:** بعضی از پژوهشگران، ناهنجاری‌های ایمنی شناختی را در افراد افسرده و کسانی که به سوگ فقدان عزیزان نشسته اند گزارش نموده اند. عده ای آن را ناشی از تأثیرپذیری سیستم ایمنی از بی‌نظمی محور کورتیزول و عده ای آن را به تبع ناهنجاری هیپوتالاموس و سرانجام عده ای آن را یک فرآیند فیزیولوژیک اولیه سیستم ایمنی غیرمتعادل دانسته اند که منجر به بروز افسردگی شده است. در پژوهش‌هایی که در رابطه با عملکرد سیستم ایمنی و حالت‌های خلقی در ایران صورت گرفته است، مشخص گردید که افراد دارای شادکامی بالا میزان LTT و درصد CD56+ آنها از گروه شاهد و افراد افسرده بالاتر بود (۲۳).

۵ - **مشاهده‌های تصویربرداری از مغز و ملاحظه‌های نورواناتومیک:** در بسیاری از مطالعه‌ها با سی تی اسکن و تصویر برداری مغناطیسی که از مغز انجام گرفته، نشان داده شده است که در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، هسته‌های دمدار و لوب‌های پیشانی، نسبت به گروه شاهد، کوچکتر بوده است. همچنین در اکثر پژوهش‌هایی که برای بررسی جریان خون مغزی در اختلال‌های خلقی انجام شده است، جریان خون مغزی در قشر مغز به طور کلی و در نواحی قشری پیشانی به طور خاص کاهش یافته است و البته در یک مطالعه هم افزایش جریان خون مغزی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی گزارش شده است که نشان می‌دهد در تعمیم اینگونه نتایج باید احتیاط کرد. به هر حال علایم اختلال‌های خلقی و یافته‌های زیستی، تقویت کننده این فرضیه هستند که اختلال‌های خلقی و به ویژه افسردگی به آسیب سیستم لیمبیک، هسته‌های قاعده‌ای و هیپوتالاموس مربوط است، زیرا اختلال سیستم لیمبیک منجر به اختلال هیجانی و اشکال در عمل هیپوتالاموس منجر به تغییر در خواب، اشتها، رفتار جنسی و دگرگونی‌هایی در زمینه غدد درون ریز، ایمنی و کرونوبیولوژیک می‌شود و به همین نحو قامت خمیده، کندی حرکت و اختلال‌های شناختی جزئی در اختلال هسته‌های قاعده‌ای، نظیر بیماری پارکینسون و دمانس‌های تحت قشری، مشاهده می‌شود و همگی این علایم مندرج در سه اختلال ذکر شده در اختلال افسردگی دیده می‌شود.

۶ - **عوامل ژنتیک:** بررسی‌های ژنتیک نشان می‌دهند که یکی از عوامل قابل ملاحظه در پیدایش اختلال‌های خلقی و از جمله افسردگی، عامل ژنتیک است. این واقعیت‌ها در مطالعه‌های زیر قابل مشاهده است:

۶-۱ - مطالعه‌های خانوادگی: مطالعه‌های خانوادگی نشان داده است که بستگان درجه اول مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی ۲ تا ۳ برابر بیشتر از بستگان درجه اول گروه شاهد با احتمال ابتلا به اختلال افسردگی اساسی مواجه هستند و با کم شدن میزان قرابت خانوادگی احتمال ابتلا نیز کاهش می‌یابد. در بررسی دیگری مشخص شده است که به تقریب ۵۰٪ مبتلایان به اختلال خلقی دو قطبی I یکی از

والدینشان به اختلال خلقی اساسی - که در بیشتر موارد اختلال افسردگی است - مبتلا است. اگر یکی از والدین، مبتلا به اختلال دوقطبی I باشد، ۲۵٪ شانس ابتلا به اختلال خلقی در فرزندان وجود دارد. اگر یکی از والدین مبتلا به اختلال افسردگی اساسی باشد، احتمال ابتلای فرزندان به اختلال خلقی ۱۰ تا ۱۳ درصد است و اگر هر دو والدین به اختلال خلقی دوقطبی I مبتلا باشند، شانس ابتلا به اختلال خلقی در کودکان به ۵۰ تا ۷۵ درصد می‌رسد.

۶-۲- مطالعه‌های فرزند خواندگی: دو مورد از سه مطالعه فرزند خواندگی، یک جزء ژنتیک قوی برای توارث اختلال افسردگی اساسی نشان داده‌اند. به طور اساسی در مطالعه‌های فرزند خواندگی به این نتیجه رسیده‌اند که کودکان بیولوژیک والدین مبتلا در معرض خطر بالا برای ابتلا به اختلال خلقی قرار دارند، حتی اگر توسط والدین پذیرنده غیر مبتلا بزرگ شوند. همچنین شیوع اختلال خلقی در والدین پذیرنده، نظیر میزان شیوع پایه ای در جمعیت کلی است.

۶-۳- مطالعه‌های دوقلویی و پیوستگی ژنتیکی: مطالعه‌های دوقلویی نشان داده‌اند که میزان ابتلای توأم برای اختلال افسردگی اساسی در دوقلوهای تک تخمکی حدود ۵۰٪ و برای دوقلوهای دو تخمکی ۱۰ تا ۲۵ درصد است. در حال حاضر هیچ نوع رابطه ژنی با اختلال افسردگی به طور ثابت در مطالعه‌ها تکرار نشده است، ولی بین اختلال‌های خلقی به ویژه اختلال دوقطبی I و شاخص‌های ژنتیک ژنی کروموزوم ۵ و ۱۱ و X گزارش شده است. ژن گیرنده D1 روی کروموزوم ۵ و ژن تیروزین هیدروکسیلاز (آنزیم محدودکننده سرعت تولید کاتکولامین) روی کروموزوم ۱۱ واقع است و ژن وابسته به X، عاملی در پیدایش اختلال دوقطبی I در بعضی از بیماران و خانواده‌ها گزارش شده است.

عوامل روانی - اجتماعی

امروزه اعتقاد روانپزشکان جامع‌نگر بر این امر استوار است که به طور کلی افسردگی در انسان‌های مستعد و آسیب‌پذیر از نظر عوامل زیستی تحت تأثیر عوامل روانی - اجتماعی آن‌ها بروز می‌نماید. در اینجا به بعضی از عوامل مهم روانی - اجتماعی اشاره می‌گردد.

۱- رویدادهای زندگی و استرس محیطی

یک مشاهده بالینی از زمان‌های قدیم مورد توجه بوده است که رویدادهای استرس‌زای زندگی، قبل از نخستین دوره اختلال افسردگی، بیشتر از دوره‌های بعدی وجود دارد و بر این اساس، برخی از متخصصان به شدت معتقدند که رویدادهای زندگی نقش اولیه یا اساسی در افسردگی دارند و برخی دیگر محتاط‌ترند و معتقدند که رویدادهای زندگی، فقط نقش محدود و آن هم بصورت آشکارسازی در شروع افسردگی دارند. متقاعدکننده‌ترین داده‌ها حاکی از آن است که رویداد دارای بالاترین میزان ارتباط با افسردگی بعدی، از دست دادن پدر و مادر، قبل از سن ۱۱ سالگی است و عامل استرس‌زای محیطی که بیش از همه با افسردگی رابطه دارد، مرگ همسر است (۲، ۴). براساس یک مطالعه، از نظر استرس‌زایی، مرگ فرزند، نمره بالاتری نسبت به مرگ همسر در فرهنگ ایرانی داشته

است (۲۴). از دیگر عوامل مؤثر بر افسردگی، وضعیت اشتغال و میزان رضایتمندی از کار است. براساس مطالعه ملی صورت گرفته در ایران، شیوع افسردگی در افراد بازنشسته، بیکار و خانه دار، ۲ تا ۳ برابر جمعیت عادی کشور است (۱۲، ۱۶). این امر با توجه به وضعیت اشتغال در ایران و پیامدهای آن، می تواند به عنوان یک عامل استرس اجتماعی مهم محسوب گردد.

۲- خانواده

در برخی بررسی‌ها، بین وضعیت خانواده از نظر اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و عاطفی با شروع، سیر و میزان بهبود، عود علائم و انطباق پس از بهبودی در اختلال افسردگی رابطه‌ای را گزارش نموده‌اند که حکایت از تأثیر شگرف هسته خانواده در تأمین سلامت روانی دارد.

۳- عوامل شخصیتی قبل از بیماری

هیچ نوع صفت شخصیتی یا نوع شخصیت به عنوان زمینه ساز صرف (منحصر) برای افسردگی شناخته نشده است، بلکه تمام انسان‌ها با هرگونه الگوی شخصیتی در شرایط مناسب ممکن است دچار افسردگی شوند، ولی برخی انواع ویژگی‌های شخصیت دهانی-وابسته، وسواسی-جبری، هیستریک (نمایشی) را در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی ذکر کرده‌اند، در مقابل شخصیت‌های پارانوئید و ضداجتماعی یا سایر شخصیت‌هایی که از مکانیسم‌های دفاعی فراقنی و برون فکنی استفاده می‌کنند، کمتر به افسردگی مبتلا می‌شوند.

۴- فرضیه‌های روان تخیلی و روان پویایی

صاحب‌نظران روان تحلیلی چون زیگموند فروید و کارل آبراهام بین فقدان شیء محبوب و افسردگی رابطه سببی برقرار می‌کنند و معتقدند که فرد، شیء محبوب از دست رفته را درون فکنی کرده و در نتیجه طی فرآیندی علائم افسردگی ظاهر می‌شود.

ملانی کلاین، افسردگی را بازتاب شکست دوران کودکی در برقراری درون فکنی مهرآمیز تلقی کرد و معتقد بود که بیماران افسرده، نگران این هستند که مبدا از طریق ویرانگری و طمع خود، اشیاء مورد علاقه خویش را از بین برده باشند.

بیبینگ، افسردگی را عاطفه ناشی از تنش در آیگو بین امیال شخصی واقعیت‌ها تصور می‌کرد و اظهار می‌نمود که افراد افسرده وقتی درمی‌یابند که مطابق آرمان‌های خود زندگی نکرده‌اند، احساس درماندگی و ضعف به آنان دست می‌دهد. به‌طور کلی، او افسردگی را فروریزی نسبی یا کامل احترام به نفس در آیگو می‌دانست.

به تازگی هینزکوهات افسردگی را برحسب روان‌شناسی خود تعریف کرد. او معتقد است وقتی نیازهای شیئی خود از طریق الگو قرار دادن همتایی و آرمانی سازی افراد مهم برآورده نشود، شخص احساس عدم کمال و ناامیدی در رسیدن به پاسخ موردنظر و افسردگی می‌نماید.

۵- فرضیه‌های رفتاری و درماندگی آموخته شده

در تجربه‌های آزمایشگاهی که در آنها حیوان‌ها به طور مکرر در معرض شوک الکتریکی غیرقابل اجتناب قرار داده شدند، سرانجام حیوان‌ها تسلیم شدند و برای فرار از شوک‌های بعدی تلاش نکردند. در حقیقت این حیوان‌ها یاد گرفتند که کاری از دستشان ساخته نیست و باید تسلیم شوند. به این پدیده «درماندگی آموخته شده» می‌گویند. عده‌ای از صاحب‌نظران مکتب رفتاری و یادگیری معتقدند که افراد در جریان استرس‌های مداوم آموخته‌اند که جز گوشه‌گیری، انزوا و ناامیدی، کار دیگری از دستشان بر نمی‌آید. در همین راستا، شیوع بیشتر افسردگی زنان نسبت به مردان را ناشی از استرس و استضعاف تاریخی بر این قشر توجیه می‌نمایند.

۶- فرضیه‌های شناختی

آثرون بک، مثلث شناختی منفی یعنی برداشت منفی از خود و تعبیر منفی از تجارب گذشته و تجسم منفی از آینده را عامل اصلی افراد افسرده ذکر می‌کند و بر همین اساس، شناخت درمانی افسردگی را به خوبی مطرح نموده است.

تفکر بیماران افسرده با یأس و انتقاد از خود همراه است و این مسأله باعث بدتر و طولانی‌تر شدن تغییرات اولیه خلق می‌شود. تفکر غیرطبیعی آن‌ها را می‌توان به سه گروه تقسیم نمود: ۱- خاطرات ناخوشایند را راحت‌تر از خاطرات خوشایند به یاد می‌آورند ۲- افکار مایوس‌کننده و منفی دارند ۳- عقاید غیر واقع‌بینانه دارند. افکار منفی به خلق افسرده، عمق می‌بخشند و عقاید غیر واقع‌بینانه، تجربه‌های روزانه را تبدیل به مسائل پر استرس می‌کنند. بیماران افسرده، غیرمنطقی نیز فکر می‌کنند (شناخت نادرست و منحرف). مثلاً، از یک واقعه جزئی، نتیجه‌گیری کلی و عمومی می‌کنند. این روش‌های غیرمنطقی تفکر باعث می‌شوند که افکار منفی و انتظارات غیر واقع‌بینانه با وجود شواهدی که ضد آن‌ها وجود دارد، باقی بمانند. شاید به علت همین روش تفکر غیرمنطقی باشد که بعضی از اختلالات حتی پس از رفع عوامل اصلی و زمینه‌ساز آن باز هم باقی می‌مانند. نکته مهم این که این افکار، دور باطل و حلقه معیوبی را ایجاد می‌کنند که در آن افکار افسرده باعث ایجاد خلق پایین می‌شوند و خلق پایین هم به افکار افسرده استمرار می‌بخشد.

عوامل معنوی و مذهبی

گرچه تا سال‌های پیش اظهارنظر و قضاوت در این مورد محدود به تجربیات شخصی برخی روانپزشکان و روانشناسان و مطالعات اندکی می‌شد که در این زمینه انجام شده بود، ولی امروزه کارآزمایی‌های بالینی مختلف و مطالعات مروری متعدد منتشر شده در زمینه تأثیر عوامل معنوی، نقش و اهمیت آن را غیرقابل انکار می‌نماید. در مطالعه مروری سیستماتیک منتشر شده در سال ۲۰۰۲ میلادی، (۲۵) تمامی کارآزمایی‌های بالینی از سال ۱۹۶۶ تا ۱۹۹۹ و مطالعات غیر کارآزمایی بالینی از سال ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۹ که درباره ارتباط مذهب و داده‌های قابل اندازه‌گیری سلامتی انجام شده بودند، جمع‌آوری شدند. مطالعاتی که درباره مسائل روحی و معنوی غیردینی،

مباحث اخلاقی و رضایتمندی انجام شده بود، از این بررسی حذف گردید و فقط عامل مذهب مورد بررسی قرار گرفت.

کارآزمایی‌های بالینی نشان دادند در بهبودی و سلامتی افرادی که به دعا و نیایش می‌پردازند و به دلیل مشکلات قلبی بستری می‌شوند به طور معنی‌داری نتایج بهتری دیده می‌شود.

مسائل مذهبی تأثیری روی سوء مصرف الکل نداشتند. این مقاله مروری که توسط تانسند و همکاران در دانشگاه ویرجینیای آمریکا منتشر شد، به طور خاص روان‌درمانی با استفاده از آموزه‌های اسلامی را در بهبود بیماران مسلمان مبتلا به اضطراب و افسردگی، مؤثر می‌داند.

مطالعات غیرکارآزمایی بالینی، تأثیر مثبت فعالیت‌های مذهبی در کنترل پر فشاری خون، سیستم ایمنی بدن، افسردگی و میزان مرگ و میر را گزارش کرده‌اند.

در مطالعه مروری دیگری نیز میزان افسردگی در افراد مذهبی کمتر از دیگران ارزیابی شده است. اما ارتباط بین برخی باورهای مذهبی و فعالیت‌های دینی و افزایش خطر افسردگی نیز گزارش شده است. این مطالعه برای بررسی دقیق‌تر پیشنهاد می‌کند، استانداردها و شاخص‌های دقیق‌تری برای ارزیابی باورهای مذهبی و معنوی طراحی شود (۲۶).

در کل به نظر می‌رسد که عقاید معنوی و باورهای مذهبی، بیشتر از طریق فرآیندهای شناختی در این مسأله مؤثر هستند. این باورها که شامل تلقی نمودن استرس‌های مزمن و فقدان‌های زندگی بعنوان امتحان الهی و برخورد سازشی و صبر گونه با حوادث ناخوشایند، داشتن نگرش مثبت توأم با عزت نفس و امیدوارانه به خود و آینده زندگی و پرهیز از ناامیدی می‌باشد، نقش مهمی در کم‌رنگ نمودن عوامل روانی-اجتماعی افسردگی ایفا می‌کنند. با این وجود، همان‌طور که اشاره شد برخی باورهای دینی و یا برداشت‌های مذهبی می‌توانند در مسیری بالعکس مؤثر باشند.

خودنمایی‌های بالینی

بیمار مبتلا به اختلال افسردگی از دوستان و خانواده، کناره‌گیری کرده و انگیزه‌چندانی برای فعالیت‌های روزمره خود ندارد و به طور کلی برای هرگونه احساس لذت ناتوان است. به تعبیری دیگر به طول کامل بی‌حوصله و دل‌مرده است و در برابر هرگونه ناکامی، کم‌تحمل و بی‌طاقت می‌باشد و از نظر نشانه‌های فیزیولوژیک، بیشتر بیماران از سردرد، خشکی دهان، بی‌بوست، فقدان میل جنسی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن و گاهی پرخوری و افزایش وزن، خستگی و نداشتن انرژی (٪۹۷ موارد) شکایت دارند و شکایت‌های جسمی به ویژه شکایت‌های قلبی، گوارشی، ادراری، تناسلی، کم‌درد یا شکایت‌های ارتوپدیک ممکن است افسردگی را بپوشاند. به تقریب ٪۸۰ بیماران افسرده مشکل خواب دارند (بیخوابی یا پرخوابی) و بیشتر اختلال خواب به صورت بی‌خوابی آخر شب و یا سحرخیزی بروز می‌کند و در ٪۵۰ موارد، علایم در طول شبانه روز تغییر می‌یابند. بدین معنی که علایم بیماری در بیماران افسرده با سبب شناختی غالب زیستی، صبح‌ها بدتر و در بیماران افسرده با سبب شناختی غالب روانی -

اجتماعی، عصرها و غروب‌ها بدتر می‌شوند. در رفتار و ظاهر کلی بیماران افسرده، کندی روانی - حرکتی بصورت قامت خمیده، تماس چشمی ضعیف، نگاه خیره رو به پایین، اشکباری، غمگینی و پژمردگی و بی توجهی به ظاهر شخصی بصورت ژولیدگی سر و وضع و البته گاهی تحریک روانی - حرکتی بصورت بی قراری، گره کردن انگشتان و کندن مو به ویژه سالمندان مشهود است. تکلم آنها کم و ضعیف و فاقد تکلم خود انگیزه، بصورت تک سیلابی، مکث‌های طولانی و آهنگ پایین و یکنواخت می‌باشد. خُلق بیماران بصورت افسرده، تحریک پذیر، درمانده و غمگین بیان می‌شود. هرچند که به تقریب ۵۰٪ بیماران ممکن است منکر احساس افسردگی شده یا از نظر معاینه کننده چندان افسرده به نظر نرسند. عاطفه بیماران به شکل محدود و تنگ همراه با چهره در هم کشیده و عبوس تجلی می‌یابد. از نظر تفکر، بیماران فاقد تفکر خود انگیز و فکر جدی بوده، دارای اشتغال ذهنی جسمی، نشخوار ذهنی، وسواس، احساس نافذ نومی، بی ارزشی و گناه، از دست دادن اعتماد به نفس و احترام به نفس، احساس حقارت، تردید و دو دلی می‌باشند. ۷۵٪ بیماران افسرده افکار خودکشی دارند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها خودکشی می‌کنند.

در بیماران با افسردگی سایکوتیک هذیان‌های هماهنگ با خُلق در زمینه احساس گناه، فقر، نیست انگاری، شکست، ظلم، ستم، تحت تعقیب بودن، استحقاق عذاب داشتن و بیماری‌های جسمی مهلک مثل سرطان و زوال مغز دیده می‌شود.

از نظر درکی در آن دسته از بیماران با تابلوی سایکوتیک توهم‌های شنوایی دوم شخص یا سوم شخص با ماهیت آزار دهنده و ملامت کننده، هماهنگ با خلق مشاهده می‌گردد و در عده ای توهم‌های شنوایی آمرانه بوده که در مواردی ممکن است به خودکشی و یا حتی دیگرکشی ترحمی (کشتن خود و فرزندان به منظور درامان ماندن از فقر و هلاکت) منجر گردد. در نظام حسی و شناختی، حدود ۵۰ تا ۷۵ درصد بیماران افسرده، اختلال شناختی خود را با شکایت از اشکال در تمرکز، حواس پرتی، ضعف حافظه و فراموشکاری بروز می‌دهند. سرانجام آنکه بیماران افسرده، بیشتر به علت دگرگونی شناختی و احساس بی ارزشی در مورد خود و به ویژه با سیمای سایکوتیک به اختلال خود بصیرت ندارند و قضاوت آنها در زمینه‌های مختلف به خصوص در رابطه با خویشتن و تجربه‌های گذشته و ارزیابی نسبت به آینده مختل می‌باشد.

افسردگی در سنین مختلف به صورت‌های گوناگون می‌تواند بروز کند. در سنین پیش از بلوغ، افسردگی ممکن است با شکایت‌های جسمی، تهییج، توهم‌های شنوایی به شکل صدای واحد، اختلال‌های اضطرابی و فوبی‌ها تظاهر نماید. در نوجوانی، افسردگی ممکن است به صورت سوء مصرف مواد، رفتار ضد اجتماعی، بی قراری، مشکل‌های مدرسه و فرار از مدرسه، بی‌مبالاتی جنسی، حساسیت مفرط نسبت به طرد و عدم رعایت بهداشت، خود را نشان دهد. در سالمندان، افسردگی ممکن است بصورت نقص‌های شناختی (اختلال حافظه، گم گشتگی در زمان و مکان و گیجی)، حواس پرتی و آپاتی و دمانس کاذب یا سندرم دمانس افسردگی جلوه نماید (۲، ۴).

پیشگیری و کنترل

براساس نگرش روانپزشکی اجتماعی برای مقابله و کنترل اختلال‌های رفتاری و روانی، سه مرحله پیشگیری را باید به اجرا درآورد که در مورد اختلال افسردگی به شرح ذیل به این مراحل اشاره می‌شود.

پیشگیری سطح اول

برای جلوگیری از بروز افسردگی باید سطح آگاهی جامعه نسبت به این اختلال اعم از عوامل شکل‌گیری، علایم، اشکال و راه‌های مقابله با آن را بالا برد و به ویژه برای گروه‌های در معرض خطر، یعنی زنان، سالمندان و جوانان، افراد شاغل در محیط‌های درمانی، زوج‌های مطلقه یا جداشده از همسر و بستگان افراد مبتلا به افسردگی، بیکاران، بازنشستگان، زنان خانه‌دار، مهاجران و ساکنان شهرهای شلوغ، آموزش ویژه ضرورت دارد. به این منظور آموزش‌های بهداشت روانی در خانواده‌ها، مدارس، کارخانه‌ها، اداره‌ها، خانه سالمندان و مراکز بهداشتی درمانی برای یادگیری شیوه‌های مقابله با استرس، مفید و سازنده خواهد بود. در این امر رسانه‌های گروهی به ویژه صدا و سیما، معلمان، مربیان، روحانیان و پزشکان نقش کلیدی در ارتقای سطح بهداشت روانی جامعه ایفا می‌نمایند. توجه به این نکته ضروری است که همه دست‌اندرکاران جامعه اعم از آحاد مردمی و مسئولان حکومتی باید بدانند که به منظور بسیج همگانی برای تأمین سلامت روانی بیشتر و جلوگیری از بروز افسردگی به ویژه در مورد افراد آسیب‌پذیر، اجتناب از هرگونه رفتاری که منجر به تنش روانی یا نارضایتی می‌شود، فریضه‌ای ملی محسوب می‌گردد.

همانگونه که در بحث همه‌گیری شناختی و سبب‌شناختی اشاره گردید و براساس پژوهش‌های نویسنده در رابطه با شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرهای تهران، کرج، یزد و اردکان، معلوم شد که مذهبی بودن دانش‌آموز و مذهبی بودن خانواده، رابطه معکوس و معنی‌داری با بروز افسردگی دارد. بنابراین، اهمیت به عقاید معنوی و باورهای مذهبی و التزام به احکام دینی در فضای فرهنگی جامعه و خانواده‌ها نقش اساسی در پیشگیری سطح اول افسردگی و به دنبال آن تأمین سلامت روانی دارد و به طور قطع یکی از سازوکارهای این پدیده جمله روح افزای «دل آرام گیرد به یاد خدا» ملهم از آیه شریفه قرآن «الا بذکر الله تطمئن القلوب» می‌باشد (۲۸).

امید آنکه از فضای معنوی حاکم بر کشورمان پس از انقلاب اسلامی به عنوان ابزار پیشگیری‌کننده از بروز اختلال‌های روانی در نگاه خردمندان جامعه مغتنم شمرده شود. در اینجا تأکید دوباره بر این مطلب خالی از لطف نیست که پیشگیری سطح اول از اختلال افسردگی چون سایر اختلال‌های روانپزشکی کار جمعی و گروهی همه مسئولان و دست‌اندرکاران امور پزشکی، فرهنگی، اجتماعی، تربیتی و غیره را می‌طلبد تا اولاً باورهای غلط و انگ‌های ناروا که در مورد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در فرهنگ ایرانی اعمال می‌شود از دیدگاه عمومی زدوده شود، ثانیاً با روش‌های علمی و مقبول اجتماعی، افراد مبتلا را برای درمان به مراکز درمانی تخصصی ارجاع و هدایت نمود و این خود، کاری دشوار، ولی به همت و عزم همگانی، شدنی است.

پیشگیری سطح دوم

از آنجا که حدود ۵۰٪ از بیماران افسرده برای درمان مراجعه نمی‌نمایند، ضروری است پس از مرحله افزایش آموزش‌های بهداشت روانی که در پیشگیری اولیه اشاره شد، آزمون‌های خودارزیابی غربالگری افسردگی مانند آزمون افسردگی بک (Beck depression test) که در ایران هم هنجار شده است، در مراکز حساس مانند

مدارس، کارخانه‌ها، خانه سالمندان و اداره‌ها توسط کارشناسان بهداشت روانی به مرحله اجرا درآید و پس از مشخص نمودن و تفکیک افراد در معرض خطر، توسط روانپزشک با آن‌ها مصاحبه شود و در صورتی که حسب ضوابط تشخیصی، افراد دچار اختلال افسردگی هستند، بلافاصله و بدون کوچکترین تردیدی باید اقدام توجیهی برای شروع درمان توسط روانپزشک صورت پذیرد. انجام آزمون‌های غربالگری برای افسردگی در افراد بدون علامت توصیه نمی‌شود. پزشکان باید شاخص‌های بالای شک به علائم افسردگی را در افرادی که بیشتر در معرض خطر هستند، در نظر بگیرند. خوشبختانه ۷۰ تا ۸۰ درصد افراد مبتلا به دوره‌های افسردگی با درمان بهبود می‌یابند. براساس توصیه سازمان جهانی بهداشت، در زمینه پیشگیری سطح دوم ضرورت دارد که مسئولان و دست‌اندرکاران امر سلامت جامعه احداث مراکز اورژانسی و درمانگاه‌های روانپزشکی و توسعه در پلی‌کلینیک‌ها و بیمارستان‌های عمومی را مورد توجه جدی قرار دهند و برای بالابردن میزان پذیرش و رضایت بیماران برای درمان در صورت بستری به امر بسیار ضروری و مهم ایجاد و گسترش بخش روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی همت بگذارند. چون در این زمینه کشور ما در قیاس با بسیاری از کشورهای توسعه یافته، نیاز جدی و بیشتری به مراکز خدمات درمانی سرپائی و بستری روانپزشکی دارد.

پیشگیری سطح سوم

برای بیماران مزمن بسیاری از روش‌های تجویز شده روان درمانی به ویژه شناخت درمانی، روان درمانی حمایتی، گروه درمانی و همچنین خانواده درمانی مفید و مؤثر است. آنچه که مهم است، در پیشگیری سطح سوم علاوه بر دخالت‌های روان پزشکی و روان شناختی باید از اقدام‌های مددکاری برای اصلاح و تعدیل شرایط اجتماعی و محیطی و از متخصصان کار درمانی برای به حرکت درآوردن بیمار و ایجاد زمینه‌های لازم به منظور اشتغال و سرگرمی فرد حداکثر استفاده را نمود.

مذهب درمانی: هر اندازه فرد خود را با مفاهیم معنوی و آموزش‌های الهی وفق و سازگاری بدهد از مزمن شدن کسالت و معلولیت و زمین‌گیر شدن بیشتر خود جلوگیری خواهد نمود. یادآوری و تفهیم مطالب زیر برای افراد بیمار مزمن و در عین حال معتقد مذهبی بسیار سازنده خواهد بود.

همه ناکامی‌ها از جمله بیماری در پیشگاه خداوند به عنوان امتحان تلقی می‌شود. «خداوند شما را با موضوعاتی از قبیل ترس، گرسنگی، کاستی اموال و نفوس (بیماری، معلولیت، مرگ عزیزان ...) و ثمرات زندگی مورد امتحان قرار می‌دهد» (۲۹). در ضمن خداوند برای این امتحان و مواجهه شوندگان با مصیبت، پدیده صبر و استقامت را توصیه می‌نماید و حاصل این صبر و مقاومت آگاهانه بشارت الهی خواهد بود. «پس بر صابران یعنی کسانی که در مواجهه با مصیبت و ناکامی می‌گویند ما از خدا هستیم و به سوی او رجعت می‌کنیم، بشارت باد» (۳۰).

بعضی از ناکامی‌ها و وقایع خلاف طبع، برخلاف ظاهر ناخوشایندشان مصلحت دراز مدت بعدی الهی را در پیش دارد. «چه بسا رویدادها و چیزهایی که شما از آن کراهت دارید و آن به نفع شما است و برعکس چه بسا چیزهایی که شما آن را دوست دارید ولی آن به ضرر شما است» (۳۱). به دنبال تحمل سختی‌ها و ناکامی‌ها، آسایش و

راحتی بعدی خواهد آمد. «همانا به دنبال گرفتاری و ناراحتی، آسایش و راحتی خواهد آمد و به یقین آسایش و راحتی به دنبال گرفتاری و ناراحتی خواهد آمد» (۳۲). در بعضی از آموزش‌های مذهبی به نقل از بزرگان دینی نقل شده است که بلا و مصیبت و ناکامی مختص مقربان و اولیای الهی است (۳۳) و نیز توجه به آموزش‌های مذهبی مبنی بر ترویج نگرش مثبت توأم با عزت نفس و امیدوارانه به خود و زندگی (۳۴) و پرهیز از روحیه یأس و نومیدی (۳۵، ۳۶، ۳۷) از جمله مقوله‌های مهمی است که از نظر شناختی مانع شکل‌گیری افسردگی و یا کمک به سیر بهبودی اختلال می‌نماید. به هر حال از همه ابزارها و عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی باید کمک گرفت تا مانع از حاکم شدن روحیه یأس و نومیدی بر روان آزرده بیمار شویم.

راهبردهای آینده در پژوهش و پیشگیری

خوشبختانه پژوهش‌هایی جامع و کشوری در زمینه اختلال‌های روانپزشکی و از جمله افسردگی به عنوان طرح ملی در ایران منتشر شده است (۱۴، ۱۶). پژوهش دیگر کشوری در زمستان ۱۳۹۳ تحت عنوان "پیمایش ملی سلامت روان و سرمایه اجتماعی" انجام گرفته است که در حال داده‌پردازی است و امید است نتیجه آن برای صاحب نظران و برنامه‌ریزان نظام سلامت و نیز روانپزشکان و روانشناسان و دیگر دست‌اندرکاران کشور مفید واقع شود. از طرفی دیگر، خوشبختانه فرهنگستان علوم پزشکی نیز شاخص‌های رصد سلامت روان را طراحی و به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد داده است که انتظار می‌رود در برنامه ششم توسعه مواردی از شاخص‌های پیشنهادی پیمایشی به مرحله اجرا درآید.

ضرورت دارد برای مراکز حساسی که افراد آسیب‌پذیر (زنان، جوانان، سالمندان، کارکنان واحدهای بهداشتی درمانی) در آن‌ها حضور دارند، هر چند مدت یکبار به صورت دوره‌ای و مرتب آزمون غربالگری افسردگی و سپس مصاحبه بالینی با افراد در معرض خطر انجام شود و افراد بیمار تحت درمان قرار گیرند. در ضمن با انجام آموزش‌های لازم و فراهم نمودن تسهیلات رفاهی و پزشکی از بروز افسردگی جلوگیری شود.

منابع

۱. لغت نامه دهخدا. علی اکبر دهخدا. جلد ششم، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ اول از دوره جدید، بهار ۱۳۷۳ - ص ۸۷۱۱.
۲. synopsis of psychiatry ninth edition- williams & wilkins 2003 . Mood disorders(15) . pp . 534-578
۳. The global Burden of disease (Summary) . Christophere J.L. Murray . Alan D.Lopes . 1996 World health Organization. pp : 4-22
۴. Integrating mental health into primary care, A global perspective, WHO, Wonca,2008
۵. Comprehensive Text book of psychiatry . Ninth edition . Benjamin J. Sadock & Virginia sadock . William & wilkin : 2009 . Volume I . Mood disorders (14) . pp : 1629-1822
۶. The World Health Report . 2001 . Mental Health : New Understanding New Hope . PP : 27 – 28
۷. داویدیان ه. میزان شیوع افسردگی‌ها در ایران . مجله نظام پزشکی، دوره یازدهم، شماره‌ی یک، ۱۳۷۰، ص ۱۴-۲۳.
۸. نوربالا، ا.ع. شاددل ف. بررسی شیوع افسردگی و ارتباط آن با شاخص‌های دموگرافیک دانش‌آموزان دبیرستان‌های تهران. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، شماره‌ی ۲ و ۳، ص ۶۹-۷۷.

۹. نوربالا، ا.ع.، شاددل ف. طرح پژوهشی تعیین شیوع افسردگی در دانش آموزان دبیرستانی یزد. دانشگاه شاهد، ۱۳۷۴.
۱۰. نوربالا، ا.ع.، قاسمی م، ملکی. طرح پژوهشی تعیین شیوع افسردگی در دانش آموزان دبیرستانی کرج. دانشگاه شاهد، ۱۳۷۵.
۱۱. نوربالا، ا.ع.، احمدی بفرولی، نوگلی م. پایان نامه تعیین شیوع افسردگی در دانش آموزان دبیرستانی اردکان یزد. پایان نامه دکتری عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۳۷۸ - ۱۳۷۷).
12. Noorbala A , Bagheri yazdi SA , Yasamy MT , Mohammad K. Mental health survey of the adult population in IRAN. Br J Psychiatry 2004 ; 184, 70 –3.
۱۳. نوربالا، ا.ع.، کاظم محمد و همکاران. بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله پژوهشی حکیم، دوره پنجم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۱، ص ۱-۱۰.
۱۴. نوربالا، ا.ع.، کاظم محمد و همکاران. بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. مجله پژوهشی حکیم، دوره دوم، شماره ۴، زمستان ۱۳۷۸، ص ۲۱۲-۲۲۳.
۱۵. کاویانی ح، احمدی ابهری ع و همکاران. شیوع اختلال‌های افسردگی در شهر تهران در سال ۱۳۷۹. مجله دانشکده پزشکی تهران. شماره ۵، ۱۳۸۱، ص ۳۹۳-۳۹۹.
۱۶. محمدی م، داویدیان ه، نوربالا ا.ع. و همکاران. همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران در سال ۱۳۸۰. مجله پژوهشی حکیم دوره ۶، شماره ۱، بهار ۱۳۸۲، ص ۵۵-۵۶.
17. Sharifi V, Amin- Esmaeili M, Hajebi A, et al. Twelve-month Prevalence and Correlates of Psychiatric Disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. Archives of Iranian Medicine 2015; 18, 74-84.
۱۸. دکتر احمد علی نوربالا، دکتر بهزاد دمازی، دکتر سهند ریاضی، بررسی شیوع اختلال‌های روانی در ایران، دومانه علمی پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد، شهریور ۱۳۹۳، سال ۲۱، شماره ۱۱۲، صفحه ۱-۱۰.
19. Meador K. et al. Religious affiliation and Major depression . Hospital and Community Psychiatry 1992 ; 43, 12 , 1204 – 8 .
20. Pressman P. et al . Religious Belief , Depression and Ambulation Status in Eldorly Women with Broken Hips. Am . jour of psychiatry , 147 : 6 , june 1990 : PP 738 – 60
21. Mirza I , jeankisR . Risk Factors , Prevalence , and treatment of Anxiety and depressive disorders in Pakistan , systematic review . BMJ 2004 : 328 : 794.
22. Bhagar D , Mastrogianni A . Globalization and mental disorders . Overview with relation to depression. Br J of Psychiatry 2004 : 184 : 10 – 20.
۲۳. علی پور، نوربالا ا.ع. مبانی سایکونوروایمونولوژی. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۳، فصل یازدهم، ص ۱۳۹-۱۴۴.
۲۴. دکتر مهاجر م و همکاران. رتبه بندی رویدادهای استرس زای زندگی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - سال چهارم، شماره ۱ و ۲، ص ۳۳-۴۸.
25. Townsend M, Kladder V, Ayele H, Mulligan T. Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. South Med J 2002;95:1429-34.
26. Mc Cullough ME , Larson DB. Religion and depression : a review of the literature. Twin Res 1999; 2 : 126 – 36.
۲۷. دکتر حاتمی ح و همکاران. کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد سوم، فصل ۱۹، گفتار ۱۹، معنویت و سلامت، انتشارات ارجمند، ص ۲۳۷۵-۲۳۵۶.
۲۸. الذین آمنو و تطمئن قلوبهم بذكر الله الا بذكر الله تطمئن القلوب (قرآن کریم - سوره رعد : آیه ۲۸)
۲۹. و لنبلونکم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الاموال و النفس و الثمرات و بشر الصّابرين.(قرآن کریم - سوره بقره آیه ۱۵۵)
۳۰. الذین اذا اصابتهم مصیبه قالو انا لله و انا الیه راجعون (قرآن کریم - سوره بقره : آیه ۱۵۶)

۳۱. عسی ان تکرهوا شیئاً و هو خیر لکم و عسی ان تحبّوا شیئاً و هو شر لکم و الله یعلم و انتم لا تعلمون (قرآن کریم - سوره بقره آیه ۲۱۶)
۳۲. فان مع العسر یسرا . ان مع العسر یسرا (قرآن کریم - سوره انشراح : آیه ۶ و ۵)
۳۳. البلاء للولاء (حدیث نبوی)
۳۴. والله العزه و لرسوله و للمؤمنین (قرآن کریم - سوره منافقون : آیه ۸)
۳۵. و لا تهنوا و لا تحزنوا و انتم الاعلون ان کنتم مؤمنین (قرآن کریم - سوره آل عمران : آیه ۱۳۹)
۳۶. قل یا عبادى الذین اسرفوا علی انفسهم لا تقنطوا من رحمہ الله ان الله لا یغفر الذنوب جمیعاً انه هو الغفور الرحیم (قرآن کریم - سوره زمر: آیه ۵۳)
۳۷. و لا تائسوا من روح الله (قرآن کریم - سوره یوسف : آیه ۸۷)

دیگر اختلال‌های روانی

دکتر احمد علی نوربالا

اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، سلامت را به این صورت تعریف نموده است: «سلامتی نه فقط فقدان بیماری یا معلولیت» بلکه «وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی» می‌باشد (۱). سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلال‌های روانی است و شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی (تعلق) بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می‌باشد (۱). در تعریف به روزتر سازمان جهانی بهداشت از سلامت روان، بهداشت روانی به عنوان حالتی از خوب (سالم) بودن که هر فردی از توانمندی هایش در می‌یابد که می‌تواند با تنش‌های عادی زندگی مقابله کند، می‌تواند کار مفید و ثمربخش انجام دهد و نیز قادر است با جامعه خود مشارکت داشته باشد، تعریف می‌شود (۲).

حالت‌های قابل توجه بالینی که با تغییرات در تفکر، خلق و هیجان و یا رفتار مشخص باشد و با ناراحتی و تشویش شخصی و یا اختلال کارکرد زندگی همراه باشد به عنوان اختلال رفتاری و روانی نامیده می‌شود. این تغییرات در محدوده طیف هنجار جامعه قرار نمی‌گیرد، بلکه به صورت واضح غیرعادی و پدیده بیمارگونه است و مداوم یا عودکننده می‌باشد (۱، ۴، ۳).

بیماری روانی به هیچ‌وجه یک شکست یا نارسایی فردی محسوب نمی‌شود، فقط مختص دیگران نیست و هیچ کس از ابتلا به این اختلالات مصون نیست. حدس اولیه بیانگر آن است که در حال حاضر در حدود ۴۵۰ میلیون نفر از اختلالات روانی یا عصبی یا مشکلات روانی اجتماعی نظیر مسائل مربوط به سوء مصرف الکل و مواد مخدر در رنج هستند، در حالی که بسیاری از آنها در تنهایی و خاموشی به سر می‌برند. و رای رنج ناشی از بیماری و ورای فقدان مراقبت لازم، انگ زدن، شرم، طرد شدن و بیش از آنچه که به آن توجه داریم مرگ، این افراد را مورد تهدید قرار می‌دهد (۱).

افسردگی اساسی امروزه علت اصلی ناتوانی در سراسر دنیا محسوب می‌شود و رتبه چهارم را در میان ده علت اصلی بار جهانی بیماری‌ها به خود اختصاص می‌دهد، و در صورت صحت پیش‌بینی‌ها در ۲۰ سال آینده، افسردگی احتمالاً به دومین علت بار جهانی بیماری‌ها تبدیل خواهد شد. در سراسر دنیا ۷۰ میلیون نفر از وابستگی به الکل رنج می‌برند. حدود ۵۰ میلیون نفر دچار صرع و ۲۴ میلیون نفر مبتلا به اسکیزوفرنی هستند. هر سال یک میلیون نفر با خودکشی به زندگی خود خاتمه می‌دهند، در حالی که تعداد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در حدود ۲۰-۱۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود (۵).

به ندرت می‌توان خانواده‌ای را پیدا کرد که با اختلالات روانی برخورد نداشته باشد. یک نفر از هر چهار نفر در مرحله‌ای از زندگی خود دچار نوعی اختلال روانی می‌شود. خطر بروز برخی اختلالات از جمله بیماری آلزایمر با

افزایش سن بیشتر می‌شود و پیامد این امر برای جمعیت رو به کهنه‌ت دنیا وافر است. اختلالات روانی بار اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی دارند.

در حال حاضر اختلالات روانی چهار مورد از ده علت عمده ناتوانی در سراسر جهان را به خود اختصاص می‌دهد و بر اساس برآوردهای موجود، اختلالات روانی و رفتاری مسئول ۱۲ درصد از بار کلی بیماری‌ها در جهان می‌باشند (۵). با این همه، بودجه‌های سلامت روان اکثر کشورها کمتر از یک درصد هزینه‌های کلی سلامت را تشکیل می‌دهد. بیش از چهل درصد کشورها سیاست مشخصی در زمینه سلامت روان ندارند و بیش از سی درصد آن‌ها فاقد برنامه مشخصی برای سلامت روان هستند. بیش از نود درصد کشورها از یک سیاست جامع سلامت روان که کودکان و نوجوانان را نیز در بر می‌گیرد، بی‌بهره هستند (۱). اکنون به‌طور فزاینده‌ای مشخص شده که کارکرد روانی دارای مبنای فیزیولوژیک مشخص و در ارتباط متقابل با کارکردهای جسمانی و اجتماعی و پیامدهای مربوط به سلامت می‌باشد.

بار نامشهود اختلالات روانی

مطالعه‌ی «بار جهانی بیماری‌ها (GBD)^۱» به نحو معنی‌داری نشان می‌دهد که بار اختلالات روانی به‌شدت کمتر از آن‌چه هست، برآورد می‌شود. در میان ده علت اول در کل جهان در سال ۱۹۹۰ که بر اساس سال‌های طی شده با ناتوانی برآورد شد، پنج علت مربوط به اختلالات روانی بود که عبارتند از: اختلال افسردگی تک‌قطبی، نوشیدن الکل، اختلال خلقی دوقطبی، اختلال اسکیزوفرنی و اختلال وسواسی (جدول ۱).

جدول ۱- نخستین علت‌های ناتوانی در جهان، ۱۹۹۰ (۵)

درصد	تعداد (میلیون نفر)	علل
۱۰/۷	۵۰/۸	۱- افسردگی ماژور تک‌قطبی
۴/۷	۲۲/۰	۲- کم‌خونی فقر آهن
۴/۶	۲۲/۰	۳- سقوط
۳/۳	۱۵/۸	۴- نوشیدن الکل
۳/۱	۱۴/۷	۵- بیماری‌های انسدادی مزمن ریه
۳/۰	۱۴/۱	۶- اختلالات دوقطبی
۲/۹	۱۳/۵	۷- ناهنجاری‌های مادرزادی
۲/۸	۱۳/۳	۸- اوستئوآرتریت
۲/۶	۱۲/۱	۹- اسکیزوفرنی
۲/۲	۱۰/۲	۱۰- اختلالات وسواسی
۱۰۰	۴۷۲/۷	کل

¹ Global Burden Disease

افسردگی تک‌قطبی به تنهایی مسئول بیش از یک سال از هر ده سال عمری است که در جهان با ناتوانی به سر می‌شود. بر روی هم، اختلالات عصبی و روانی ۲۸ درصد از سالهای عمر از دست رفته بخاطر ناتوانی (YLD)^۱ را به خود اختصاص می‌دهد. بار ناتوانی اختلالات روانی به‌جز در صحرای جنوب آفریقا^۲ در همه مناطق جهان بیشترین سهم را در پدید آمدن YLD دارد و در این بخش از آفریقا که به‌نسبت کمتر است به ۱۶ درصد کل می‌رسد (۵).

افسردگی برترین بار بیماری در زنان جهان اعم از مناطق توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشد. در مناطق در حال توسعه خودکشی در مکان چهارم بار بیماری برای زنان می‌باشد (۵). برای مردان ۱۵-۴۴ ساله حوادث رانندگی در جاده‌ها مهم‌ترین علت برهم خوردن سلامت و مرگ زودرس در همه جهان و دومین علت در همه مناطق در حال توسعه است و فقط افسردگی مقدم بر آن قرار می‌گیرد. نوشیدن الکل، خشونت، سل، جنگ، اختلالات خلقی دوقطبی، خودکشی، اسکیزوفرنی و کم‌خونی و فقر آهن دیگر بیماری‌های این فهرست را در کشورهای در حال توسعه تشکیل می‌دهند. متخصصان بهداشت کشورهای در حال توسعه به غرامت سنگین حوادث جاده‌ها تاکنون توجه اندکی مبذول داشته‌اند (۱).

براساس مطالعه ملی بار بیماری و آسیب‌ها در ایران، بار بیماری‌ها برای طبقات ۱۷ گانه بیماری‌ها و آسیب‌ها برحسب سال‌های زندگی تطبیق شده برای ناتوانی (DALYS)^۳، سال‌های از دست رفته قابل زندگی (YLL)^۴ و YLD در هر دو جنس و همه سنین در سال ۱۳۸۲، حوادث عمدی و غیر عمدی در رتبه اول و بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری در رتبه دوم و برای زنان در همه سنین، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری در رتبه اول قرار داشته است (۶).

بر اساس پژوهش جدیدتر دیگری در مورد بار بیماری‌ها در ایران که بین سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۳ انجام گرفته است، رتبه بندی بار بیماری‌ها برای مردان به ترتیب شامل حوادث جاده‌ای، کمردرد، اختلالات افسردگی اساسی، بیماری ایسکمیک قلبی، اختلالات مصرف دارو، خشونت بین فردی، آسیب رساندن به خود، ایدز، اختلالات اضطرابی، درد گردنی، دیابت و سقوط بود. رتبه بندی بار بیماری‌ها برای زنان به ترتیب اختلالات افسردگی اساسی، کمردرد، حوادث جاده‌ای، اختلالات اضطرابی، سایر اختلالات عضلانی اسکلتی، آنمی فقر آهن، بیماری ایسکمیک قلبی، درد گردنی، میگرن، دیابت، اختلالات مصرف دارو، اختلال دوقطبی بود. رتبه بندی بیماری‌ها و عوامل خطر در ایران و قیاس با میانگین جهانی مرتبط با سلامت روان عبارت است از: حوادث جاده‌ای: ۳ در قیاس با ۱۰ جهانی، اختلالات اضطرابی: ۱۰ در قیاس ۲۶ جهانی، اختلال افسردگی: ۴ در قیاس با ۱۱ جهانی، اختلالات مصرف دارو: ۱۲ در قیاس با ۳۱ جهانی، دیابت: ۹ در قیاس با ۱۴ جهانی، عامل خطر مصرف دارو: ۱۰ در قیاس با ۱۵ جهانی، عامل خطر خشونت خانگی: ۱۳ در قیاس با ۱۶ جهانی (۷). به‌طور خلاصه، یکی از نتیجه‌گیری‌های مهم مطالعات «بار جهانی بیماری‌ها» این است که مسائل مربوط به اختلالات روانی در همه جهان تا چه حد دست‌کم گرفته شده است (۵).

¹ Years Lived with Disability

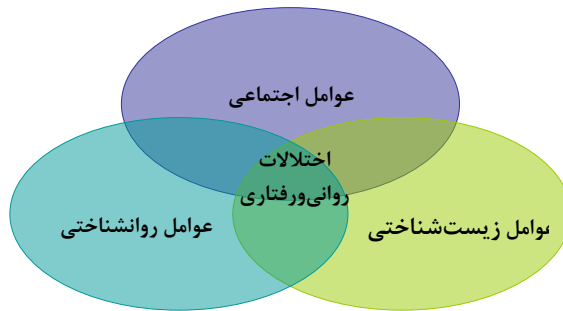
² Sub-Saharan

³ Disability Adjusted Life years

⁴ Years of Life Lost

عوامل سبب شناسی

در مورد سبب‌شناسی اختلالات رفتاری و روانی چندین عامل مورد نظر می‌باشد. در حقیقت همه ابعادی که در شکل‌گیری وجود انسان نقش دارند، یعنی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی، می‌توانند در پیدایش و بروز اختلالات رفتاری و روانی سهیم باشند (شکل ۱).



شکل ۱- تعامل عوامل زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی در ایجاد اختلالات

به صورت کلی این عوامل به دو دسته تقسیم می‌شوند:

الف) عوامل زمینه‌ای^۱

به آن دسته از آسیب‌پذیری‌های زیستی (اختلال ژنتیک، نوروشیمیایی، نوروترانسمیتری، مسائل مربوط به جنس، سن، وجود بیماری‌های جسمی و معلولیت)، روانی (اختلالات شخصیتی، هیجانی، فکری و شناختی)، اجتماعی (اختلال خانوادگی، فقر اقتصادی، جنگ و بلایای طبیعی) که زمینه را برای شکنندگی و به هم ریختن نظم و تعادل روانی در شرایط خاص فراهم می‌آورند گفته می‌شود.

ب) عوامل آشکارساز^۲

به آن دسته از عوامل زیستی (بیماری‌ها، میکروب‌ها، ویروس‌ها، محرک‌های فیزیکی و اجسام خارجی)، روانی (استرس‌های حاد و مزمن، قابل درک و غیر قابل درک بودن برای دیگران)، اجتماعی (تغییرات نامطلوب محیط خانوادگی و زندگی اجتماعی) که منجر به بروز و ظهور اختلال روانی و رفتاری می‌شوند، گفته می‌شود. به عنوان مثال فردی که دارای سابقه افسردگی خانوادگی است و در حقیقت از آسیب‌پذیری اولیه و زمینه‌ای برخوردار است، پس از ورشکستگی یا از دست دادن عزیزی و یا سایر حوادث استرس‌زا، علایم اختلال افسردگی اساسی در او بروز می‌نماید.

^۱ Predisposing factor

^۲ Precipitating factors

اپیدمیولوژی توصیفی

بر اساس مطالعات همه‌گیری‌شناسی در شرایط مراقبت‌های اولیه، شناسایی اختلالات روانی با استفاده از ابزارهای غربالگری و یا تشخیص بالینی پزشک مراقبت‌های اولیه یا مراجعه تشخیصی به روانپزشک امکان‌پذیر است. اختلال رفتاری و روانی در همه قشرها و در تمام نواحی کشورها و جوامع دیده می‌شوند. در زنان، مردان و تمام سنین رخ می‌دهد. افراد فقیر و غنی، شهرنشین و روستاییان را درگیر می‌کند. این عقیده که اختلالات روانی تنها جوامع صنعتی و مناطق مرفه جهان را درگیر می‌کند اشتباه است. در ضمن این نگرش که جوامع روستایی به نسبت تحت تأثیر زندگی مدرن قرار نگرفته‌اند و بنابراین، فاقد اختلالات روانی هستند نیز نادرست می‌باشد (۱). تحلیل‌های اخیر سازمان جهانی بهداشت در قالب مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که شیوع لحظه‌ای تجمعی بیماری‌های روانی حدود ۱۰٪ افراد بالغ است. برآورد شده است که ۴۵۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به بیماری‌های عصبی و روانی هستند (۱). این بیماری‌ها عبارتند از اختلالات افسردگی یک‌قطبی، اختلال خلقی دوقطبی، اسکیزوفرنی، صرع، سوء مصرف الکل و برخی مواد مخدر، بیماری آلزایمر، سایر موارد زوال عقل، اختلالات استرس پس از حادثه، اختلالات وسواسی، صبری، اختلال حواس و بی‌خوابی اولیه. مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته نشان داده‌اند که ۲۵٪ افراد در طول زندگی خود دچار یک یا چند اختلال روانی یا رفتاری می‌شوند. در مطالعات سازمان جهانی بهداشت که در فرهنگ‌های مختلف و در چهارده کشور متفاوت انجام شده، از سه روش جامع متفاوت استفاده شده است که عبارتند از استفاده از ابزار غربالگری ساده، مصاحبه ساختار یافته جامع، یا تشخیص بالینی پزشک مراقبت‌های اولیه. میزان شیوع اختلالات روانی در مکان‌های مختلف بسیار متفاوت بوده است. ولی نتایج این مطالعات به روشنی نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از کل بیماران، مراقبت‌های اولیه (حدود ۲۴٪) دچار یک اختلال روانی هستند (جدول ۲). شایع‌ترین تشخیص‌ها در شرایط مراقبت‌های اولیه عبارتند از افسردگی، اضطراب و اختلال سوء مصرف مواد. این اختلالات به تنهایی یا به همراه یک یا چند بیماری جسمانی دیده می‌شوند. بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه تفاوت ثابتی در شیوع این اختلالات مشاهده نشده است (۱).

مطالعات اپیدمیولوژی اختلال روانی در ایران

مطالعات پراکنده و موضعی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی از سال ۱۳۴۲ تا به حال در ایران صورت گرفته است (جدول ۳). اولین مطالعه جامع بررسی سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر ایرانی در سال ۱۳۷۸ توسط نویسنده و همکاران صورت گرفت که با استفاده از پرسشنامه غربالگری GHQ-28 که مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت نیز می‌باشد به همراه چک لیست مصاحبه تخصصی در جمعیت ۳۵۰۱۴ نفری، یعنی بر روی یک‌هزارم خانواده‌های شهری و روستایی ایران، با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای منظم انجام شد (۸). بر اساس آن مطالعه، ۲۱٪ کل جامعه ایرانی به نوعی از اختلال روانپزشکی رنج می‌برند که ۱۴/۹٪ مردان و ۲۵/۹٪ زنان جامعه را تشکیل می‌دهند. ۲۰/۹٪ جامعه شهری و ۲۱/۳٪ جامعه روستایی به نحوی با مشکل درگیرند. اختلال در گروه‌های بی‌سواد، مردان

بیکار، زنان خانه‌دار، افراد متأهل، جداشده و مطلقه و طیف سنی ۲۴-۲۵ سال شیوع بیشتری داشت (۸، ۱۱، ۱۸). بر اساس نقطه برش ۲ و بیشتر، ۲۱٪ افراد علایم افسردگی، ۲۰/۱٪ افراد علایم اضطراب، ۱۷/۹٪ افراد علایم جسمانی‌سازی و ۱۴/۲٪ اختلال عملکرد اجتماعی داشتند و نیز بر اساس مصاحبه تشخیصی ۰/۶٪ افراد اختلال سایکوتیک و ۱/۲٪ افراد مبتلا به صرع و ۱/۴٪ عقب ماندگی ذهنی داشته‌اند (۸). جدول‌های ۴-۶ نتایج تفصیلی این پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲- میزان شیوع اختلالات روانی عمده در مراقبت‌های اولیه بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت (۱)

شهر	افسردگی فعلی (%)	اضطراب فراگیر (%)	وابستگی به الکل (%)	تمام اختلالات روانی (بر اساس CIDI ^۱)(%)
آنکارا، ترکیه	۱۱/۶	۰/۹	۱/۰	۱۶/۴
آتن، یونان	۶/۴	۱۴/۹	۱/۰	۱۹/۲
بنگلور، هند	۹/۱	۸/۵	۱/۴	۲۲/۴
برلین، آلمان	۶/۱	۹/۰	۵/۳	۱۸/۳
گرونینگن، هلند	۱۵/۹	۶/۴	۳/۴	۲۳/۹
ایبجان، نیجریه	۴/۲	۲/۹	۰/۴	۹/۵
ماینتز، آلمان	۱۱/۲	۷/۹	۷/۲	۲۳/۶
منچستر، انگلستان	۱۶/۹	۷/۱	۲/۲	۲۴/۸
ناکازاکی، ژاپن	۲/۶	۵/۰	۳/۷	۹/۴
پاریس، فرانسه	۱۳/۷	۱۱/۹	۴/۳	۲۶/۳
ریودوژانیرو، برزیل	۱۵/۸	۲۲/۶	۴/۱	۳۵/۵
سانتیاگو، شیلی	۲۹/۵	۱۸/۷	۲/۵	۵۲/۵
سیاتل، آمریکا	۶/۳	۲/۱	۱/۵	۱۱/۹
شانگهای، چین	۴/۰	۱/۹	۱/۱	۷/۳
ورونا، ایتالیا	۴/۷	۳/۷	۰/۵	۹/۸
کل	۱۰/۴	۷/۹	۲/۷	۲۴/۰

^۱ Composite International Diagnostic Interview

جدول ۳- نتایج مطالعات همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۸۰ (۱۱)

محقق / محققان	سال بررسی	نوع/محل جمعیت	ابزار پژوهش	تعداد			درصد میزان شیوع کل
				نمونه	زن	مردان	
باش	۱۳۴۲	روستایی شیراز	-	۴۹۷	۱۶/۵	۷/۷	۱۱/۹
باش	۱۳۴۳	روستایی خوزستان	-	۴۸۲	-	-	۹۱۴
باش	۱۳۴۵	شهری شیراز	-	۶۲۲	۲۲/۴	۱۴/۹	۱۸/۶
داویدیان و همکاران	۱۳۵۰	شهرستان رودسر گیلان	مصاحبه بالینی	۴۸۸	-	-	۱۷/۰
باقری یزدی و همکاران	۱۳۷۱	روستایی میبد یزد	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۰۰	۱۸/۱	۶/۶	۱۲/۵
بهادرخان و همکاران	۱۳۷۲	روستایی گناباد خراسان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۶۵	۱۹/۶	۱۲/۴	۱۶/۶
جاویدی و همکاران	۱۳۷۲	روستایی مرودشت فارس	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۰۷	۲۲/۱	۶/۱	۱۵/۷
کوکبه و همکاران	۱۳۷۲	روستایی آذرشهر تبریز	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۱۵	۱۸/۲	۷/۴	۱۳/۰
حرازی و باقری یزدی	۱۳۷۳	شهری یزد	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۹۵۰	۲۴/۷	۱۲/۵	۱۸/۶
خسروی و همکاران	۱۳۷۳	شهری و روستایی بروجن	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۵۰	۲۶/۲	۷/۹	۱۸/۴
پالانگ و همکاران	۱۳۷۴	شهری کاشان	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۱۹	۳۱/۵	۱۵/۲	۲۳/۷
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	شهری و روستایی صو معسرا گیلان	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۵۲	۳۰/۸	۱۵/۸	۲۳/۸
جوافشانی و همکاران	۱۳۷۴	شهرک صنعتی قزوین	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۱۲	-	-	۳۰/۲
افشاری منفرد و همکاران	۱۳۷۶	شهر سمنان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی PSE	۸۶۹	۱۸/۰	۱۰/۰	۱۴/۰
قاسمی و همکاران	۱۳۷۶	شهر اصفهان	SRQ-24 و مصاحبه بالینی DSM-IV	۳۲۵۵	-	-	۱۹/۹
بجستانی و همکاران	۱۳۷۷	شهر زاهدان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV	۶۴۳	۲۶/۵	۲۳/۹	۲۵/۴
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	شهر تهران	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-IV	۸۷۹	۲۷/۷	۱۴/۹	۲۱/۵
امیدی و همکاران	۱۳۷۹	شهر نطنز	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۵۰	۲۴/۳	۱۷/۲	۲۱/۳
نوربالا و همکاران	۱۳۷۹	سراسر کشور	GHQ-28	۳۵۰۱۴	۲۵/۹	۱۴/۹	۲۱/۰
صادقی و همکاران	۱۳۷۹	شهر کرمانشاه	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۵۰۱	۳۲/۳	۱۶/۹	۲۵/۲
شمس‌علیزاده و همکاران	۱۳۷۹	ساوجبلاغ	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۴۰	۳۵/۷	۱۶/۶	۲۶/۹
چگینی و همکاران	۱۳۷۹	شهر و روستایی قم	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV	۳۹۱	۱۸/۲	۱۶/۰	۱۷/۱
محمدی و همکاران	۱۳۸۰	سراسر کشور	SADS	۲۵۱۸۰	۱۰/۸	۲۳/۴	۱۷/۱

جدول ۴- توزیع فراوانی و درصد شیوع اختلال روانی در افراد ۱۵ سال و بالاتر مورد مطالعه در استان‌های کشور بر اساس پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28) با نقطه برش ۶ و بیشتر به تفکیک جنس در سال ۱۳۷۸

استان	مرد		زن		کل	
	کل نمونه	مشکوک اختلال درصد	مشکوک اختلال درصد	مشکوک اختلال درصد	فاصله اطمینان	درصد اختلال
آذربایجان شرقی	۹۵۸	۲۰/۹	۱۱۴۳	۲۰/۱	(۲۳/۵، ۲۷/۱)	۲۵/۳
آذربایجان غربی	۵۸۴	۱۰/۸	۷۷۴	۱۲/۱	(۱۱/۷، ۱۵/۳)	۱۳/۵
اردبیل	۲۳۸	۱۸/۱	۳۳۵	۸/۱	(۱۹/۳، ۲۶/۱)	۲۲/۷
اصفهان	۱۰۸۳	۱۲/۸	۱۲۵۳	۲۷/۲	(۱۶/۰، ۱۹/۲)	۱۷/۶
ایلام	۲۶۲	۸/۰	۲۹۴	۴/۱	(۹/۷، ۱۵/۱)	۱۲/۴
بوشهر	۲۰۸	۱۵/۹	۲۸۱	۵/۱	(۱۵/۲، ۲۲/۰)	۱۸/۶
تهران	۲۸۲۰	۱۵/۴	۳۷۷۵	۲۵/۶	(۲۰/۹، ۲۱/۵)	۲۱/۲
چهارمحال و بختیاری	۱۸۸	۲۰/۲	۲۵۴	۱۳/۴	(۳۴/۶، ۴۳/۶)	۳۹/۱
خراسان	۱۳۵۹	۱۲/۵	۱۷۹۰	۳۹/۰	(۱۶/۳، ۱۹/۱)	۱۷/۱۷
خوزستان	۸۵۱	۱۶/۱	۱۰۹۸	۲۸/۱	(۱۹/۶، ۲۳/۲)	۲۱/۴
زنجان	۲۴۰	۱۳/۳	۲۸۱	۷/۱	(۱۷/۸، ۲۴/۸)	۲۱/۳
سمنان	۲۰۴	۱۳/۲	۲۳۹	۴/۱	(۱۳/۶، ۲۰/۲)	۱۶/۹
سیستان و بلوچستان	۲۵۲	۱۴/۳	۴۱۲	۱۲/۲	(۲۱/۷، ۲۷/۹)	۲۴/۸
فارس	۸۴۱	۱۵/۲	۱۱۴۴	۳۰/۳	(۲۱/۰، ۲۴/۸)	۲۲/۹
قزوین	۲۰۱	۲۰/۴	۲۸۶	۱۰/۰	(۲۴/۹، ۳۳/۱)	۲۹/۰
قم	۲۳۵	۱۸/۳	۲۵۵	۷/۰	(۱۹/۴، ۲۶/۸)	۲۳/۱
کردستان	۳۵۱	۱۹/۴	۳۶۳	۸/۱	(۱۸/۸، ۲۴/۸)	۲۱/۸
کرمان	۴۶۱	۱۴/۸	۵۸۸	۱۷/۲	(۲۰/۴، ۲۵/۴)	۲۲/۹
کرمانشاه	۴۶۱	۱۲/۸	۵۶۴	۱۳/۸	(۱۶/۸، ۲۱/۶)	۱۹/۲
کهگیلویه و بویراحمد	۲۲۳	۱۶/۶	۲۷۳	۹/۳	(۲۲/۴، ۳۰/۰)	۲۶/۲
گلستان	۳۵۳	۲۰/۴	۴۵۵	۲۲/۹	(۳۴/۲، ۴۴/۰)	۳۷/۳
گیلان	۶۱۶	۱۴/۳	۷۷۸	۱۷/۶	(۱۶/۹، ۲۱/۱)	۱۹/۰
لرستان	۳۴۰	۱۴/۷	۴۲۲	۱۰/۰	(۱۷/۰، ۲۲/۴)	۱۹/۷
مازندران	۸۰۱	۷/۵	۷۸۴	۱۴/۸	(۱۰/۸، ۱۴/۰)	۱۲/۴
مرکزی	۲۸۴	۱۰/۲	۳۹۳	۹/۷	(۱۵/۷، ۲۱/۵)	۱۸/۶
هرمزگان	۲۶۱	۱۰/۷	۳۲۹	۱۰/۷	(۱۹/۶، ۲۶/۲)	۲۲/۹
همدان	۴۵۴	۱۰/۲	۵۳۰	۲۳/۵	(۳۱/۷، ۳۷/۷)	۳۴/۷
یزد	۲۷۷	۶/۵	۳۱۵	۵/۱	(۹/۲، ۱۴/۲)	۱۱/۷
کل کشور	۱۵۵۰۶	۲۳/۰۴	۱۹۵۰۸	۵۰/۵۴	(۲۰/۵، ۲۱/۵)	۲۱/۰

جدول ۵- فراوانی و درصد شیوع اختلالات سایکوتیک، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی در کشور بر اساس مصاحبه

بالینی پزشکان عمومی از نمونه‌های مورد مطالعه به تفکیک استان در سال ۱۳۷۸

استان	عقب‌ماندگی ذهنی		صرع		اختلالات سایکوتیک	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آذربایجان شرقی	۲۵	۱/۲	۳۱	۱/۵	۱۰	۰/۵
آذربایجان غربی	۲۶	۱/۹	۷	۰/۵	۶	۰/۴
اردبیل	۱۳	۲/۲,۲۲	۳	۰/۵	۲	۰/۴
اصفهان	۲۸	۱/۲	۳۳	۱/۴	۱۲	۰/۵
ایلام	۵	۰/۹	۸	۱/۴	۲	۰/۴
بوشهر	۱۰	۲/۰	۲	۰/۴	۳	۰/۶
تهران	۷۴	۱/۲	۸۲	۱/۲	۳۸	۰/۵
چهارمحال و بختیاری	۷	۱/۵	۳	۰/۷	۳	۰/۷
خراسان	۴۱	۱/۳	۴۵	۱/۴	۱۵	۰/۵
خوزستان	۳۱	۱/۶	۲۴	۱/۲	۱۲	۰/۶
زنجان	۱۰	۲/۰	۲	۰/۴	۵	۱/۰
سمنان	۱۰	۲/۳	۱۳	۲/۹	۱	۰/۲
سیستان و بلوچستان	۵	۰/۷	۱۶	۲/۴	۶	۰/۹
فارس	۳۴	۱/۷	۳۰	۱/۵	۲۱	۱/۱
قزوین	۸	۱/۶	۱	۰/۲	۲	۰/۴
قم	۴	۰/۶	۳	۰/۶	۵	۱/۰
کردستان	۱۰	۱/۴	۲	۰/۳	۲	۰/۳
کرمان	۱۵	۱/۴	۱۲	۱/۱	۴	۰/۴
کرمانشاه	۱۱	۱/۰	۱۰	۱/۰	۳	۰/۳
کهگیلویه و بویراحمد	۱۰	۱/۰	۷	۱/۴	۴	۰/۸
گلستان	۳	۰/۵	۱۰	۱/۲	۲	۰/۲
گیلان	۲۸	۲/۰	۱۶	۱/۱	۱۴	۱/۰
لرستان	۸	۱/۰	۸	۱/۱	۱	۰/۱
مازندران	۲۷	۱/۶	۲۶	۱/۵	۳	۰/۲
مرکزی	۵	۰/۷	۹	۱/۳	۴	۰/۶
هرمزگان	۸	۱/۴	۱۳	۲/۲	۳	۰/۵
همدان	۱۴	۱/۴	۱۳	۱/۳	۵	۰/۵
یزد	۱۳	۱/۴	۲	۰/۳	۵	۰/۸
کشور (کل نمونه: ۳۵۰۱۴)	۴۸۳	۱/۴	۴۳۱	۱/۲	۱۹۳	۰/۶

جدول ۶- توزیع فراوانی و درصد علائم اختلالات روانی مطرح در پرسشنامه سلامت عمومی در افراد ۱۵ سال و بالاتر استان‌های کشور براساس نقطه برش ۲ و بیشتر در سال ۱۳۷۸

استان	جسمانی‌سازی علائم		اضطراب		اختلال عملکرد اجتماعی		افسردگی		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
آذربایجان شرقی	۳۷۹	۱۸/۱۰	۴۱۲	۱۹/۶	۳۱۵	۱۵/۰	۵۸۳	۲۷/۷	
آذربایجان غربی	۱۷۴	۱۲/۸	۱۷۱	۱۲/۶	۱۷۵	۱۲/۹	۱۹۵	۱۴/۴	
اردبیل	۱۰۳	۱۸/۰	۹۹	۱۷/۳	۹۱	۱۵/۹	۱۵۵	۲۷/۱	
اصفهان	۴۱۷	۱۷/۹	۵۰۲	۲۱/۵	۲۹۳	۱۲/۵	۳۷۲	۱۵/۹	
ایلام	۶۴	۱۱/۵	۶۲	۱۱/۲	۷۹	۱۴/۲	۸۵	۱۵/۳	
بوشهر	۷۰	۱۴/۳	۸۹	۱۸/۲	۹۲	۱۸/۸	۱۱۰	۲۲/۵	
ایران	۵۴۵	۱۹/۴	۶۸۶	۲۲/۴	۳۳۸	۱۲/۰	۴۵۴	۱۶/۱	
	تهران	۲۴۵	۱۹/۲	۳۰۷	۲۴/۰	۱۹۸	۱۵/۵	۲۹۱	۲۲/۸
	شهر شهید بهشتی	۴۰۴	۱۵/۵	۵۵۳	۲۱/۲	۴۰۸	۱۵/۷	۴۸۴	۱۸/۶
چهارمحال و بختیاری	۱۲۸	۲۲/۰	۱۶۶	۳۷/۶	۷۵	۱۷/۰	۱۷۴	۳۹/۴	
خراسان	۴۷۸	۱۵/۲	۵۲۲	۱۶/۶	۴۴۲	۱۴/۰	۶۷۹	۲۱/۶	
خوزستان	۲۹۳	۱۵/۰	۳۹۳	۲۰/۱	۳۲۷	۱۶/۸	۵۰۹	۲۶/۱	
زنجان	۸۰	۱۵/۴	۸۴	۱۶/۱	۶۸	۱۳/۱	۱۵۲	۲۹/۲	
سمنان	۵۶	۱۲/۶	۱۰۴	۲۳/۵	۴۷	۱۰/۶	۷۸	۱۷/۶	
سیستان و بلوچستان	۲۲۹	۳۴/۵	۱۳۱	۱۹/۷	۱۲۲	۱۸/۴	۵۲	۷/۸	
فارس	۳۶۳	۱۸/۳	۴۳۲	۲۱/۸	۳۳۲	۱۶/۷	۴۷۸	۲۴/۱	
قزوین	۹۵	۱۹/۵	۱۲۴	۲۵/۵	۷۲	۱۴/۱۸	۲۰۰	۴۱/۱	
قم	۸۱	۱۶/۵	۱۱۳	۲۳/۱	۸۲	۱۶/۷	۱۲۴	۲۵/۳	
کردستان	۱۲۳	۱۷/۲	۱۴۴	۲۰/۲	۱۰۲	۱۴/۳	۱۶۰	۲۲/۴	
کرمان	۲۱۹	۲۰/۹	۲۰۷	۱۹/۷	۱۴۰	۱۳/۳	۲۲۰	۲۱/۰	
کرمانشاه	۱۷۷	۱۷/۳	۱۸۹	۱۸/۴	۱۲۴	۱۲/۱	۲۳۴	۲۲/۸	
کهگیلویه و بویراحمد	۹۳	۱۸/۸	۸۷	۱۷/۵	۴۵	۹/۱	۱۵۵	۳۱/۳	
گلستان	۲۷۸	۳۴/۴	۳۳۱	۴۱/۰	۲۵۱	۳۱/۱	۹۲	۱۱/۴	
گیلان	۲۳۱	۱۶/۶	۲۹۹	۲۱/۴	۱۶۵	۱۱/۸	۲۴۷	۱۷/۷	
لرستان	۱۳۸	۱۸/۱	۱۵۱	۱۹/۸	۹۸	۱۲/۹	۱۴۲	۱۸/۶	
مازندران	۲۲۰	۱۳/۱	۲۵۹	۱۵/۴	۱۳۱	۷/۸	۲۲۴	۱۳/۳	
مرکزی	۱۰۷	۱۵/۸	۱۳۷	۲۰/۲	۶۷	۹/۹	۱۳۹	۲۰/۵	
هرمزگان	۱۱۰	۱۸/۶	۱۳۰	۲۲/۰	۸۰	۱۳/۶	۱۴۱	۲۳/۹	
همدان	۲۸۰	۲۸/۵	۲۹۷	۳۰/۲	۱۶۳	۱۶/۶	۳۶۳	۳۶/۹	
یزد	۸۷	۱۴/۷	۸۸	۱۴/۹	۴۵	۷/۶	۶۲	۱۰/۵	
کشور (کل نمونه: ۳۵۰۱۴)	۶۲۶۷	۱۷/۹	۷۲۶۸	۲۰/۸	۴۹۶۷	۱۴/۲	۷۳۵۴	۲۱/۰	

جدول ۷- شیوع انواع اختلالات روانپزشکی بر حسب جنس در ایران در سال ۱۳۸۰

انواع اختلالات	مردان (n=۱۲۶۶۰)		زنان (n=۱۲۵۵۲)		جمع (n=۲۵۱۸۰)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اختلالات خلقی						
افسردگی اساسی	۲۰۱	۱/۵۹	۵۴۹	۴/۳۸	۷۵۰	۲/۹۸
افسردگی جزئی (ماینور)	۲۸	۰/۲۲	۵۴	۰/۴۳	۸۲	۰/۳۳
اختلال هایپومانیک و مانیک	۹۵	۰/۷۵	۱۰۹	۰/۸۷	۲۰۴	۰/۸۱
افسرده خوبی	۳	۰/۰۲	۱۲	۰/۱۰	۱۵	۰/۰۶
دوقطبی	۲۳	۰/۱۸	۱۵	۰/۱۲	۳۸	۰/۱۵
اختلال خلقی پسیکوتیک	۳	۰/۰۲	۲	۰/۰۲	۵	۰/۰۲
جمع اختلالات خلقی	۳۵۳	۲/۷۸	۷۴۱	۵/۹۲	۱۰۹۴	۴/۳۵
اختلالات پسیکوتیک						
اسکیزوفرنی	۲۳	۰/۱۸	۳۹	۰/۳۱	۶۲	۰/۲۵
اسکیزواکتیو	۹	۰/۰۷	۱۶	۰/۱۳	۲۵	۰/۱۰
اختلال پسیکوتیک کوتاه‌مدت	۶	۰/۰۵	۵	۰/۰۴	۱۱	۰/۰۴
اسکیزوفرنی فرم	۴	۰/۰۳	۲	۰/۰۲	۶	۰/۰۲
سایر اختلالات پسیکوتیک	۴۳	۰/۳۴	۷۸	۰/۶۲	۱۲۱	۰/۴۸
جمع اختلالات پسیکوتیک	۸۵	۰/۶۷	۱۴۰	۱/۱۲	۲۲۵	۰/۸۹
اختلالات اضطرابی						
اختلال پانیک	۱۰۰	۰/۷۹	۲۷۴	۲/۱۹	۳۷۴	۱/۴۹
اختلال اضطراب منتشر	۹۳	۰/۷۳	۲۴۳	۱/۹۴	۳۳۶	۱/۳۳
اختلال وسواسی	۹۱	۰/۷۲	۳۵۳	۲/۸۲	۴۴۴	۱/۷۶
اختلال گذرهراسی	۳۴	۰/۲۷	۱۴۱	۱/۱۳	۱۷۵	۰/۷۰
اختلال فوبی	۱۱۳	۰/۸۹	۴۰۳	۳/۲۲	۵۱۶	۲/۰۵
اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا	۹۸	۰/۷۷	۱۵۰	۱/۲۰	۲۴۸	۰/۹۸
جمع اختلالات اضطرابی	۵۲۹	۴/۱۷	۱۵۶۴	۱۲/۵۰	۲۰۹۳	۸/۳۱
اختلالات عصبی						
صرع	۱۹۹	۱/۵۷	۲۵۵	۲/۰۴	۴۵۴	۱/۸۰
عقب‌ماندگی ذهنی شدید	۵۶	۰/۴۴	۵۱	۰/۴۱	۱۰۷	۰/۴۲
زوال عقل	۶۵	۰/۵۱	۷۵	۰/۶۰	۱۴۰	۰/۵۶
جمع اختلالات عصبی شناختی	۳۲۰	۲/۵۲	۳۸۱	۳/۰۵	۷۰۱	۲/۷۸
اختلالات تجزیه‌ای						
جسمی‌سازی	۱۶	۰/۱۳	۳۰	۰/۲۴	۴۶	۰/۱۸
اختلال فیوگ	۳	۰/۰۲	۵	۰/۰۴	۸	۰/۰۳
یادزدودگی	۶۵	۰/۵۱	۶۱	۰/۴۹	۱۲۶	۰/۵۰
مسخ شخصیت	۷	۰/۰۶	۷	۰/۰۶	۱۴	۰/۰۶
جمع اختلالات تجزیه‌ای	۹۱	۰/۷۲	۱۰۳	۰/۸۳	۱۹۴	۰/۷۷
جمع کل اختلالات	۱۳۷۸	۱۰/۸۶	۲۹۲۹	۲۳/۴	۴۳۰۷	۱۷/۱۰

پژوهش جامع دیگر اپیدمیولوژی اختلالات روانپزشکی در ایران با استفاده از ابزار پرسشنامه SADS بر روی ۲۵۰۸۰ نفر افراد ۱۸ سال و بالاتر در سال ۱۳۸۰ صورت گرفته است. بر اساس این مطالعه، ۱۷/۸٪ افراد دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی بوده‌اند که ۱۰/۰۷٪ از مردان و ۲۲/۴۳٪ زنان را تشکیل می‌دادند (۹،۱۰، ۱۴، ۱۶). شایع‌ترین اختلال، اختلالات اضطرابی با شیوع ۸/۳۵٪ گزارش شده است. اقدام به خودکشی در ۱/۴٪ افراد ایرانی گزارش شده است (۷). جدول ۷ نتیجه کلی این پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین، پژوهش تکمیلی دیگری با استفاده از GHQ-28 و مصاحبه بالینی بر اساس DSM-IV در شهر تهران انجام شد که نتایج تفصیلی آن در جدول ۸ آورده شده است.

قابل ذکر است که بر اساس گزارش پژوهشی «بررسی همه‌گیری‌شناسی سوء مصرف مواد در ایران» که در سال ۱۳۸۱ توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت و ستاد مبارزه با مواد مخدر صورت گرفته است، حدود ۱/۱۶ میلیون نفر در ایران به مواد افیونی وابسته هستند (۱۷) و براساس پژوهش رحیمی‌موقر و همکاران، متأسفانه سیر سوء مصرف مواد در ایران در سی سال گذشته، حالت صعودی داشته است (۱۵).

سومین مطالعه کشوری در سال ۱۳۹۰ بر روی ۷۸۸۶ نفر از جمعیت ۱۸ تا ۶۴ سال ایرانی که بر اساس نمونه‌گیری تصادفی سه مرحله‌ای انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزارهای مورد استفاده جهت غربالگری اختلالات روانی در این پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI)، مقیاس ناتوانی شیهان، پرسشنامه طیف اختلالات خلقی (MDQ) و پرسشنامه‌های غربالگری خودکشی و پرخاشگری. همچنین نیمی از نمونه‌ها به طور تصادفی به پرسشنامه غربالگری مصرف مواد و اختلالات جنسی و نیم دیگر به پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 با روش نمره گذاری لیکرت نیز به صورت خودایفا پاسخ دادند. همچنین در پژوهش فوق در افرادی که در غربالگری اولیه از نظر سایکوز مشکوک تشخیص داده شدند، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته (SCID) نیز به صورت تلفنی توسط روانپزشک انجام گردید. بر اساس نتایج مطالعه فوق ۲۳/۶ درصد از افراد کشور (۲۰/۸ درصد مردان و ۲۶/۵ درصد زنان) دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی در ۱۲ ماه قبل از بررسی بودند. شایعترین گروه اختلالات روانپزشکی به ترتیب اختلالات اضطرابی (۱۵/۶ درصد) و خلقی (۱۴/۶ درصد) بود. شایعترین اختلال در بین کل بیماری‌ها، اختلال افسردگی اساسی (۱۲/۷ درصد) بود. همچنین بر اساس نتایج مطالعه فوق ۶/۲ درصد افراد طی یکسال قبل از بررسی افکار خودکشی داشته‌اند، ۴/۰۴ درصد نقشه مشخصی برای خودکشی داشتند و ۱/۳ درصد اقدام به خودکشی کرده بودند. علاوه بر آن، بر اساس این پیمایش، شیوع هرگونه اختلال سایکوتیک در طول عمر یک درصد، شیوع اختلالات سایکوتیک اولیه ۰/۷ درصد و شیوع ۱۲ ماهه اختلالات سایکوتیک ۰/۵۵ درصد بود. در این مطالعه شیوع ابتلا به هرگونه اختلال روانپزشکی در ساکنان مناطق شهری بیش از مناطق روستایی بود. بیشترین شیوع در گروه سنی ۴۴-۴۰ سال و کمترین شیوع در گروه سنی ۶۴-۶۰ سال بود. بررسی شیوع ابتلا به اختلال روانپزشکی بر حسب وضعیت تاهل نشان داد که شیوع اختلال در افراد مجرد از سایر گروه‌ها کمتر بود. از نظر تحصیلات بیشترین شیوع ابتلا در گروه بیسواد و کمترین شیوع در گروه دارای تحصیلات دانشگاهی بود. همچنین در این مطالعه مشخص گردید که شیوع ابتلا به هرگونه اختلال روانپزشکی در طی ۱۲ ماه گذشته در افراد بیکار و خانه‌دار بطور معناداری بیشتر از افراد شاغل است (۲۰). در ضمن به منظور بررسی

میزان شیوع نشانه‌های روانی در شهر تهران در جامعه آماری یکسان (افراد ۱۵ سال و بالاتر) و با استفاده از پرسشنامه یکسان (GHQ-28) و نیز با روش نمره گذاری یکسان سنتی در سه سری متفاوت یعنی سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۷ و ۱۳۹۰ در کنار طرح " بررسی سلامت در عدالت در تهران" صورت گرفته است که چکیده نتایج آن‌ها در جدول ۹ آمده است (۲۱).

مطالعه دیگری تحت عنوان "پیمایش ملی سلامت روان و سرمایه اجتماعی" پس از ۱۵ سال از سال ۱۳۷۸، با ابزار مشابه GHQ-28 و پرسشنامه سرمایه اجتماعی، در سال ۱۳۹۳ در کل کشور توسط نویسنده و همکاران در سطح ملی انجام شده است که نتایج آن در حال استخراج می‌باشد و علاقمندان می‌توانند پس از انتشار نتایج به آن مراجعه نمایند.

تأثیر سن، جنس و موقعیت اجتماعی

شیوع اختلالات رفتاری و روانی در همه سنین دیده می‌شود. در سنین کودکی و نوجوانی (تا ۱۵ سالگی) شیوع ۲۰-۱۰٪ گزارش شده است (جدول ۱۰) که معمولاً یک پنجم آن‌ها تحت درمان قرار می‌گیرند. اختلالات رفتاری و روانی در سنین بالاتر شیوع بالاتری دارند. آلیزایمر معمولاً از ۶۵ سالگی به بعد شروع می‌شود که به تقریب هر ۵ سال شیوع آن دو برابر می‌شود. حدود ۵-۱٪ افراد بالای ۶۵ سال آلیزایمر دارند. برخی اختلالات مثل افسردگی با افزایش سن، شیوع نیز بالا می‌رود (۱).

در ایران نیز در مطالعه‌ای، اختلال روانی با افزایش سن بیشتر شده و حداکثر آن در ۲۵-۴۴ سالگی بود (۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۶).

جنس

در قرن‌های گذشته، تعداد زنان در آسایشگاه‌های روانی و سایر تسهیلات درمانی بیشتر بوده است. در مطالعات جدید گفته می‌شود که به نظر نمی‌رسد شیوع کلی اختلالات روانی و رفتاری بین زنان و مردان متفاوت باشد. گرچه در مطالعه ایران شیوع اختلال در زنان بیش از مردان بوده است (۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۶). اما اختلالات افسردگی و اضطراب در زنان شایع‌تر هستند و اختلالات سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیت ضداجتماعی در مردان بیشتر بوده است. وجود بیماری همراه در زنان شایع‌تر از مردان است. به‌علاوه، میزان تجویز داروهای مؤثر بر روان نیز در زنان بیشتر است (۱).

جدول ۸- میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV (۱)

تشخیص	کد تشخیصی	جنسیت				کل (۸۷۹ نفر)
		مرد (۴۲۴ نفر)		زن (۴۵۵ نفر)		
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
کلیه اختلالات روانپزشکی		۶۳	۱۴/۹	۱۲۶	۲۷/۷	۱۸۹
اختلال‌های اضطرابی		۱۵	۳/۵	۵۰	۱۱	۶۵
اختلال اضطراب منتشر	۳۰۰-۰۲	۹	۲/۲	۱۷	۳/۷	۲۶
اختلال وسواسی - اجباری	۳۰۰-۰۳	-	-	۷	۱/۵	۷
اختلال ترس مرضی خاص	۳۰۰-۲۹	۱	۰/۲	۱۵	۳/۴	۱۶
اختلال ترس مرضی اجتماعی	۳۰۰-۲۳	۳	۰/۷	۲	۰/۴	۵
اختلال هراس همراه با گذر هراسی	۳۰۰-۲۱	۱	۰/۲	۱	۰/۲	۲
اختلال مختلط اضطراب و افسردگی	۳۰۰-۰۰	۱	۰/۲	۸	۱/۸	۹
اختلال‌های خلقی		۳۱	۷/۳	۵۵	۱۲/۱	۸۶
اختلال افسردگی اساسی	۲۹۶-۳۲	۱۳	۳/۱	۲۶	۵/۷	۳۹
اختلال افسرده‌خویی	۳۰۰-۰۴	۱۱	۲/۶	۲۳	۵/۱	۳۴
اختلال دوقطبی	۲۹۶-۵۵	۳	۰/۷	۱	۰/۲	۴
اختلال خلقی ادواری	۳۰۱-۱۳	۱	۰/۲	۱	۰/۲	۲
اختلال افسردگی خفیف	۳۱۱-۰۲	۳	۰/۷	۴	۰/۹	۷
اختلال‌های شبه جسمی		۲	۰/۵	۱۲	۲/۶	۱۴
اختلال جسمانی‌سازی	۳۰۰-۸۱	-	-	۵	۱/۱	۵
اختلال تبدیلی	۳۰۰-۱۱	-	-	۲	۰/۴	۲
اختلال درد مربوط به عوامل روانشناختی	۳۰۷-۸۰	۲	۰/۵	۵	۱/۱	۷
اختلال‌های تطابق		۴	۰/۹	۱۰	۲/۲	۱۴
اختلال تطابق همراه با خلق افسرده	۳۰۹-۰۰	۱	۰/۲	۱۰	۲/۲	۱۱
اختلال تطابق همراه با اضطراب	۳۰۹-۲۴	۳	۰/۷	-	-	۱۳
اختلال‌های اسکیزوفرنی		۱	۰/۲	۱	۰/۲	۲
اسکیزوفرنی پارانوئید	۲۹۵-۳۰	۱	۰/۲	-	-	۱
اسکیزوافکتیو	۲۹۵-۷۰	-	-	۱	۰/۲	۱
عقب‌ماندگی ذهنی	۳۱۷-۰۰	۶	۱/۴	۴	۰/۹	۱۰
صرع	۳۴۵-۱۰	۵	۱/۱	۲	۰/۴	۷
سندرم‌های روانی عضوی		۱	۰/۲	۱	۰/۲	۲
اختلال دمانس با خلق افسرده	۲۹۰-۱۳	۱	۰/۲	۱	۰/۲	۲
اختلال تیک		۱	۰/۲	-	-	۱
اختلال تیک گذرا	۳۰۷-۲۱	۱	۰/۲	-	-	۱
اختلال شخصیت		۱	۰/۲	-	-	۱
اختلال شخصیت ضداجتماعی	۳۰۱-۰۷	۱	۰/۲	-	-	۱
اختلال لکنت زبان	۳۰۷-۰۰	۲	۰/۵	-	-	۲

* به دلیل دوتشخیص بودن برخی از بیماران، جمع شیوع هر یک از اختلالات روانپزشکی از میزان شیوع «کلیه اختلالات روانپزشکی» بیشتر است.

جدول ۹- مقایسه وضعیت سلامت روان شهر تهران از سال ۱۳۷۸ تا سال ۱۳۹۰

نوع اختلال و یا علائم	درصد شیوع، ۱۳۷۸ ۶۶۹۷ نفر	درصد شیوع، ۱۳۸۷ ۱۹۳۷۰ نفر	درصد شیوع، ۱۳۹۰ ۲۰۵۸۹ نفر
علائم جسمی سازی	۱۵/۳	۳۰/۸	۳۴/۹۹
علائم اضطراب	۲۳/۱	۳۱/۷	۳۶/۶۱
علائم افسردگی	۱۸/۴	۱۷/۴	۳۴/۶۹
علائم بدکارکردی اجتماعی	۱۴/۱	۲۰/۱	۲۶/۴۵
کل اختلال	۲۱/۵	۳۴/۲	۳۹/۶

فقر

فقر و مسائل همراه آن مانند بیکاری، پایین بودن سطح تحصیلات، محرومیت و بی‌خانمانی چه در کشورهای فقیر و غنی با شیوع بیشتر اختلالات روانی رابطه دارد. داده‌های حاصل از مطالعات ملی در کشورهای برزیل، شیلی، هند و زیمبابوه نشان می‌دهند که اختلالات روانی شایع در افراد فقیر ۲ برابر شایع‌تر از افراد ثروتمند است. در ایالات متحده آمریکا نیز افزایش احتمال این اختلالات در کودکان فقیر خانواده‌ها در مورد اختلالات رفتاری ۲ به ۱ و در صورت بیماری همراه ۳ به ۱ است (۱). در مرور ۱۵ مطالعه مشخص شد که نسبت میانه در مورد میزان شیوع یک‌ساله اختلالات روانی در مقایسه بهترین و بدترین طبقه اقتصادی و اجتماعی ۲/۱ به ۱ است که این نسبت در مورد میزان شیوع در کل طول عمر ۱/۴ به ۱ برآورد می‌شود (۱). نتایج مشابهی نیز از مطالعات انجام شده در آمریکای شمالی، آمریکای لاتین و اروپا به دست آمده است. در مطالعه ایران نیز در افراد بی‌سواد و بی‌کار شیوع، بیشتر بود.

جدول ۱۰- میزان شیوع اختلالات روانی کودکان و نوجوانان (۱)

کشور	سن (سال)	شیوع (%)
اتیوپی	۱۵-۱	۱۷/۷
آلمان	۱۵-۱۲	۲۰/۷
هند	۱۶-۱	۱۲/۸
ژاپن	۱۵-۱۲	۱۵/۰
اسپانیا	۱۵، ۱۱، ۸	۲۱/۷
سوئیس	۱۵-۱	۲۲/۵
ایالات متحده	۱۵-۱	۲۱/۰

عوامل محیطی و خانوادگی

هر فرد وقایع مهمی (کوچک و بزرگ) را در زندگی خود تجربه می‌کند. این وقایع ممکن است مطلوب (مثل پیشرفت شغلی) یا نامطلوب (مثل رکود یا شکست شغلی) باشند. مطالعات، مطرح‌کننده این موضوع هستند که تمام وقایع مهم زندگی به عنوان استرس‌زا عمل می‌کنند. در صورتی که با فاصله کم رخ دهند می‌توانند فرد را مستعد اختلال روانی سازند. دیده شده است پیش از شروع اختلالات روانی، تجمعی از وقایع زندگی وجود دارد. محیط اجتماعی-عاطفی خانواده نیز در اختلالات روانی حائز اهمیت است. مطالعات زیادی در سراسر جهان نشان داده‌اند که «عواطف ابرازشده»^۱ یا بیان هیجانی اعضای خانواده نسبت به فرد مبتلا (شامل عقیده انتقادی، ضدیت، گرمی و درگیری عاطفی بیش از حد) می‌توانند سیر و نیز عود اسکیزوفرنی را پیش‌بینی کنند.

جنگ و بلایای طبیعی

کشمکش‌ها (شامل جنگ و درگیری‌های داخلی کشورها) و بلایای طبیعی مثل زلزله، سیل، گردباد و طوفان تعداد زیادی از افراد را درگیر می‌سازند. این شرایط استرس زیادی را بر سلامت روان افراد درگیر تحمیل می‌کند. یک‌سوم تا نیمی از افراد درگیر، دچار ناراحتی روانی می‌شوند. شایع‌ترین تشخیص در این مورد اختلال پس از حادثه (PTSD) است که اغلب با اختلالات افسردگی یا اضطراب می‌باشد. متأسفانه بیشتر این افراد در کشورهای در حال توسعه، جایی که ظرفیت مراقبت از این مشکلات بسیار محدود است، زندگی می‌کنند. در پژوهشی در مورد عوارض روانشناختی زلزله گیلان که در سال ۱۳۷۳ صورت گرفت مشخص گردید دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان منطقه رودبار، چهار سال پس از گذشت از زلزله رودبار و منجیل، از لحاظ ابتلای عوارض روانشناختی و PTSD به‌صورت معناداری از دانش‌آموزان رشت اختلال بیشتری داشتند و در مجموع ۹۵٪ از دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان در رودبار در آن سال دچار PTSD بودند (۱۹).

پیشگیری و کنترل

خوشبختانه راه‌حل‌های مؤثرتری برای اختلالات روانی وجود دارند. پیشرفت در درمان‌های طبی و روانی اجتماعی نشان‌گر آن است که برای اغلب افراد و خانواده‌ها می‌توان کاری کرد. برخی از اختلالات روانی قابل پیشگیری و اغلب آن‌ها قابل درمان هستند. سیاست‌ها و قوانین مترقی در زمینه سلامت روان می‌توانند در ارائه خدمات مناسب به نیازمندان در کلیه سطوح مراقبت‌های سلامت مفید باشد. سازمان جهانی بهداشت، دولت‌ها را مکلف کرده است که سلامت روان را در صدر برنامه‌های خود قرار دهند (۱). در ایران در سال ۱۳۸۳ از ناحیه ریاست جمهوری وقت، جناب حجت الاسلام آقای سید محمد خاتمی، به نویسنده مأموریت داده شد که با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عوامل ذیربط دیگر، طرح جامع سلامت روان کشور را تهیه نماید. خوشبختانه پس از نزدیک به یک سال و حدود ۴۰۰ ساعت نفر کار کارشناسی در طی ۱۷ جلسه، این طرح تهیه گردید و در انتهای مسؤولیت

^۱ Expressed emotions

جناب آقای خاتمی تقدیم شد که البته ایشان نیز به جناب آقای دکتر احمدی‌نژاد، منتقل نمودند تا بررسی و به مرحله اجرا درآید. در آن طرح، کمیته تدوین‌کننده طرح سلامت روان یک طرح راهبردی کلان و یک طرح راهبردی اختصاصی برای سطوح سه‌گانه پیشگیری پیشنهاد نمود که در این‌جا به آن اشاره می‌شود (۹).

راهبردهای کلی

- قانونمندی و رعایت حقوق و شأن انسانی آحاد جامعه در زمینه سلامت روان و به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر.
- الزام و پاسخگویی دولت نسبت به تأمین سلامت روانی مردم از طریق تأمین منابع مالی، انسانی، عمرانی و تجهیزات.
- رعایت عدالت در توزیع امکانات و خدمات بین اقشار مختلف جامعه و تسهیل دسترسی به این خدمات در مناطق مختلف کشور.
- رعایت جامعیت خدمات، ادغام آن در سایر خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی، استمرار و تداوم ارائه خدمات.
- ارائه فعال خدمات به شکل جامعه‌نگر به جای محدود نمودن خدمات به مراکز درمانی و توانبخشی. فعال‌سازی مشارکت جامعه و مؤسسات غیر دولتی (NGO) در سطوح سیاست‌گذاری و اجرا.
- تأکید بر حمایت از برنامه‌ها و ساختارهای موفق قبلی برای تضمین تداوم برنامه‌ها و پیشگیری از اتلاف منابع.
- فعال‌سازی همکاری بین‌بخشی و مشارکت فعال سایر وزارتخانه‌ها، نهادها و ارگان‌ها در اجرای برنامه‌های سلامت روان کشور.
- نظارت، پایش و ارزیابی مستمر فعالیت‌ها و خدمات در کلیه سطوح توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- تأکید بر رویکرد مبتنی بر شواهد (evidence based) در سیاست‌گذاری و اجرای برنامه‌ها.
- هماهنگ نمودن سیاست‌های آموزشی و پژوهشی کشور در زمینه سلامت روان متناسب با اهداف و راهبردهای طرح جامع سلامت روان در کلیه سطوح پایه، میانه و تخصصی مرتبط.

راهبردهای اختصاصی

اهم راهبردهای اختصاصی تر در سطوح ارتقای سلامت روان و پیشگیری اولیه، پیشگیری ثانویه و ثالثیه در ذیل آمده است.

پیشگیری سطح اول و ارتقای سلامت روان

- انجام مطالعات نیازسنجی دوره‌ای به‌منظور به روز نمودن اولویت‌های پیشگیری اولیه و ارتقای سلامت روان جامعه.

- آموزش و آگاه‌سازی عموم مردم در زمینه سلامت روان.
- تقویت مهارت‌های مرتبط با سلامت روان از جمله: مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری، مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی سالم.
- ایجاد و تقویت سیستم‌های حمایت اجتماعی.
- مداخلات اجتماعی در جهت کاهش استرس و ارتقای سلامت روان.
- تقویت تاب‌آوری فردی^۱.
- تقویت شبکه ارتباطی محله‌ای، مشارکت شهروندان و فعالیت‌های محله‌ای^۲.
- توانمندسازی اجتماعی^۳.
- مداخله در بحران برای وضعیت‌هایی نظیر: طلاق، جدایی، بلایا و آسیب‌های دیگر.
- کنترل عوامل خطر شناخته شده در بعضی مشکلات و بیماری‌ها مثل: خودکشی، خشونت، اعتیاد، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و
- پیشگیری از کودک‌آزاری و دیگر خشونت‌های خانگی.
- مدافعه‌گری^۴ از کلیه برنامه‌های مرتبط با سلامت روان.
- پایش، ارزشیابی و انجام پژوهش‌های ضروری مرتبط.

پیشگیری سطح دوم

- انجام مطالعات نیازسنجی دوره‌ای به‌منظور به روز نمودن اولویت‌های پیشگیری ثانویه.
- حساس‌سازی، آموزش، آگاه‌سازی و تغییر نگرش مردم و مسؤولان و انگ‌زدایی از اختلال‌های روانی.
- ارتقای کمی و کیفی آموزش روانپزشکی و علوم رفتاری در دوره دانشجویی، کارورزی و تخصصی.
- تقویت و گسترش طرح ادغام بهداشت و روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در روستا به‌منظور غربالگری، تشخیص، ارجاع، درمان و پیگیری فعال بیماران.
- تقویت و گسترش طرح بهداشت روانی از طریق رابطین بهداشتی در کلیه شهرها (غربالگری، ارجاع و پیگیری).
- تقویت و گسترش طرح ایجاد مراکز بهداشت روان جامعه‌نگر و ویزیت در منزل در شهرها به‌منظور غربالگری، تشخیص، ارجاع، درمان و پیگیری فعال بیماران.
- افزایش بودجه بهداشتی درمانی کل کشور و افزایش سهم بودجه‌ای بهداشت روان، و تشکیل یک صندوق خاص بیماران روانی در سازمان‌های بیمه‌گر.

¹ Personal Resilience

² Community action

³ Social Empowerment

⁴ Advocacy

- فراهم آوردن پوشش بیمه‌ای لازم برای بیماران روانی بستری و سرپایی اعم از حاد و مزمن برای انواع مختلف درمان‌های دارویی و غیر دارویی (روانشناختی، مددکاری و کاردرمانی) و توانبخشی.
- تأمین دارو و تجهیزات مناسب با نیاز بیماران روانی و برابرسازی فرصت‌ها در دسترسی به امکانات اعم از عمرانی و غیرعمرانی.
- تأمین نیروی انسانی در سطوح تخصصی مختلف برای خدمت‌رسانی به بیماران روانی تا رسیدن به سطح استاندارد در کل کشور.
- تخصیص ۱۰٪ تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به بیماران روانی و فعال‌سازی روانپزشکی رابط.
- حضور نماینده‌ای از تیم بهداشت روانی و خانواده بیماران روانی در سطوح برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و اجرا (مثلا در شورای عالی بیمه).
- پایش، ارزشیابی و انجام پژوهش‌های ضروری مرتبط.

پیشگیری سطح سوم

- افزایش بودجه ستاد سامان‌دهی بیماران روانی مزمن در جهت ایجاد مراکز مناسب جهت بازتوانی بیماران روانی و حمایت از خانواده آن‌ها.
 - انجام مطالعات نیازسنجی دوره‌ای به منظور به روز نمودن اولویت‌های پیشگیری ثالثیه.
 - آگاه‌سازی، آموزش‌های تخصصی و عمومی مرتبط با توان بخشی روانی اجتماعی (شامل آموزش مردم، بیماران و خانواده بیماران).
 - برآوردن نیازهای بازتوانی در زمینه‌های روانی، اجتماعی، حرفه‌ای، سکونتی، آموزشی و رفاهی.
 - تأسیس بیمارستان‌های روزانه، بخش‌های مشاوره‌ای و توانبخشی (روانی، اجتماعی، حرفه‌ای)، کارگاه‌های آموزشی و مراکز اشتغال، مراکز سکونتی (اتاق‌های اجاره‌ای، خانه‌های گروهی، خوابگاه‌ها، خانه‌های نیمه‌راهی)، واحدهای سیار، واحدهای پیگیری.
 - حمایت از خانواده بیماران روانی از طریق اعطای یارانه و ایجاد مراکز توانبخشی سرپایی و مراکز مراقبت و درمان بلندمدت.
 - ارتباط با سایر برنامه‌ها و خدمات مانند حرفه‌آموزی، آموزش مهارت‌ها، مراکز سکونتی و یا مقوله‌های رفاهی و به ویژه ارتباط فعال و دوطرفه با زنجیره ارجاع در بخش‌های درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
 - پایش، ارزشیابی و انجام پژوهش‌های ضروری مرتبط.
- با توجه به روند قابل توجه شیوع اختلالات روانی در طی سالیان اخیر (۲۲،۲۳)، براساس پیشنهاد و تصویب گروه بهداشت و تغذیه فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، نویسنده با همراهی و همکاران، در سال ۱۳۹۲، طرح "اصلاح سبک زندگی به منظور پیشگیری از اختلال‌های روانی شایع به ویژه افسردگی" را اجرا نمود که چکیده آن جهت بهره برداری در اینجا آورده می‌شود:

عوامل روانی اجتماعی نقش مهمی در سبب شناسی اختلالات روانی ایفاء می نمایند. مهم ترین عوامل این گروه، شامل وضعیت ناسازگار تاهل، فقر اقتصادی، حوادث نا خوشایند زندگی، محیط نامتعادل هیجانی، استرس های مزمن، ناکامی های مکرر، مهاجرت و محیط غیر قابل پیش بینی هستند. به منظور پیشگیری از اختلالات روانی در جامعه ضرورت دارد با استفاده از راهکارهای مناسب با این عوامل سبب ساز مقابله شود. اهم راهکارها، به طور کلی مداخلاتی را دربر می گیرد که به شرایط امن، آرام و بدون استرس، اعتدال هیجانی، حرمت گذاری به افراد و محیط قابل پیش بینی در جامعه منجر می شود. ضرورت دارد سیاستگذاران و مجریان نظام سلامت، و آحاد مردم نسبت به اهمیت موضوع سلامت روان، آگاهی بیشتری پیدا نمایند و نیز منابع مالی و انسانی به سمت مداخلات جامعه محور سوق داده شوند و در مجموع، روند کلی باید به سمت فقرزدایی، بهبود شرایط شغلی، و ایجاد شرایط با ثبات و قابل پیش بینی در جامعه با تکیه بر توانمند سازی محیط باشد. ایجاد محیط آرام و قابل پیش بینی، با کمک همکاری های بین بخشی و با استفاده از تمامی ظرفیت های موجود در دستگاه های اجرایی، قضایی و قانون گذار و همکاری با بخش خصوصی و سازمان های مردم نهاد، انجام پذیر است (۲۴).

منابع

1. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope, World Health Organization.
2. Mental health: strengthening our response, Fact sheet of WHO, N°220 Updated August 2014.
3. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Ninth edition, 2009, Lippincott Williams & Wilkins.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, DSM-5, 2013, American Psychiatric Association.
5. Christopher J. L. Murray & Alan D. Lopez, A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases' Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020, 1996, World Health Organization.

۶. دکتر نقوی م و همکاران. مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب ها، بار عوامل خطر، سلامت و امید زندگی توام با سلامت در جمهوری اسلامی ایران برای سال ۱۳۸۲، در سطح ملی و برای شش استان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، چاپ اول، ۱۳۸۶.

7. Forouzanfar MH, Sepanlou SG, Shahraz S, et al. Evaluating of Death and Mortality in Iran, Global Burden of Disaeses, Injuries, and risk factors Study 2010. Arch Iran Med 2014; 17:304-20.
8. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental Health Survey of the Adult Population in Iran. Br J Psychiatry 2004; 184:70-3.
9. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, et al, An Epidemiological Survey of Psychiatric Disorders in Iran. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005; 1:16.
10. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozart M, et al. Suicidal Attempt and Psychiatric Disorders in Iran. Suicide Life Threat Behav 2005; 35:309-16.

۱۱. دکتر نوربالا ا.ع، محمدک، باقری یزدی ع، یاسمی م.ت. نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران ، ۱۳۸۰.

۱۲. پیش‌نویس طرح جامع سلامت روان کشور. کمیته تهیه طرح جامع سلامت روان کشور موضوع نامه شماره ۲۰۳۸ مورخ ۱۳۸۳/۴/۲۲ ریاست محترم جمهوری.
۱۳. نوربالا ا.ع و همکاران. بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. مجله حکیم، دوره ۲، شماره ۴، زمستان ۱۳۷۸، ص ۲۱۲-۲۲۳.
۱۴. محمدی م، داویدیان ه، نوربالا ا.ع و همکاران. همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران سال ۱۳۸۰. مجله حکیم، دوره ۶، شماره ۱، بهار ۱۳۸۲، ص ۵۵-۶۴.
۱۵. رحیمی موقر آ، محمد ک، رزاقی ع.م. روند سی ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. مجله حکیم، دوره ۵، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۱، ص ۱۷۱-۱۸۱.
۱۶. بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران (سال ۱۳۸۰)، انتشارات مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، ۱۳۸۱.
۱۷. گزارش پژوهش بررسی همه‌گیری شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، ۱۳۸۱.
۱۸. نوربالا ا.ع و همکاران. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله حکیم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۱، ص ۱-۱۰.
۱۹. شاکری نیا ا، نوربالا ا.ع. مقایسه عوارض روانشناختی دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان مناطق زلزله‌زده گیلان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۳.
20. Sharifi V, Amin- Esmaeili M, Hajebi A, et al. Twelve-month Prevalence and Correlates of Psychiatric Disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. Archives of Iranian Medicine 2015; 18: 74-84.
۲۱. نوربالا ا.ع، دمارى ب، ریاضی س. بررسی روند شیوع اختلال‌های روانی در ایران. دوماهنامه علمی پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد، شهریور ۱۳۹۳، سال ۲۲، شماره ۱۱۲، ص ۱-۱۰.
۲۲. نوربالا ا.ع باقری یزدی ع، واعظ مهدوی م و همکاران. تغییرهای وضعیت سلامت روان افراد در شهر تهران در طول ۱۲ سال: مقایسه نتایج طرح‌های سنجش سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸ و سنجش عدالت در شهر تهران در سال ۱۳۹۰. دوماهنامه علمی پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد، شهریور ۱۳۹۳، سال ۲۱، شماره ۱۱۲، ص ۳۷-۴۴.
23. Noorbala AA, Akhondzadeh SH. Mental Health Study Process into Prevalence of Mental Disorders in Iran, Archives of Iranian Medicine 2015; 18, 74-5.
۲۴. نوربالا ا.ع، دمارى ب، ریاضی س. اصلاح سبک زندگی به منظور پیشگیری از اختلال‌های روانی شایع به ویژه افسردگی. دوماهنامه علمی پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد، آبان ۱۳۹۳، سال ۲۲، شماره ۱۱۳، ص ۱۰-۱۲.

اعتیاد

دکتر آفرین رحیمی موقر

اعتیاد یکی از اختلالات روانپزشکی است که ویژگیهای اپیدمیولوژیک آن، بر خلاف بسیاری از بیماریهای دیگر غیرواگیر و روانپزشکی از وضعیت ژنوپولیتیک تاثیر می‌پذیرد. به همین دلیل کشورهای مختلف و همچنین جوامع مختلف درون هر کشور، ممکن است الگوهای متفاوتی از مصرف مواد و اعتیاد داشته باشند و این الگوها در طول زمان هم دستخوش تغییرات قابل توجه می‌شوند.

تعاریف

بسیاری از افراد، اعتیاد را معادل مصرف مواد تلقی می‌کنند؛ در حالی که این طور نیست. «اعتیاد^۱» یا «وابستگی^۲» الگویی از مصرف مداوم ماده اعتیادآور است که معمولاً با علائم تحمل و یا محرومیت همراه است. در این حالت، فرد با مصرف ماده دل مشغولی داشته، کنترلش بر مصرف کاهش یافته، ترک مصرف ماده دشوار بوده و با عوارض جسمی، روانی و یا اجتماعی توأم می‌باشد.

«مصرف زینبار^۳» نوعی از مصرف مواد است که با بروز عوارض توأم باشد. این عوارض می‌تواند جسمی یا روانی باشد. این واژه زمانی به کار می‌رود که فرد علائم اعتیاد را ندارد؛ ولی مصرف مواد برایش عوارضی ایجاد کرده است؛ مانند بروز جرح به علت رانندگی تحت تاثیر مواد، و یا بروز پرخاشگری و پسیکوز تحت تاثیر مواد.

«اختلالات مصرف مواد» گروهی از اختلالات روانی هستند که به دلیل مصرف مواد ایجاد می‌شوند. این اختلالات بر اساس نسخه دهم طبقه بندی بین المللی بیماریها (ICD-10)^۴، شامل «وابستگی» و «مصرف زینبار» است. واژه «مصرف مواد» واژه عمومی تری است و منظور از آن، هر گونه مصرفی از مواد اعتیادآور و به هر شکل اعم از تفریحی، گه به گاه، و یا اعتیادگونه است. مصرف مواد، یک رفتار پرخطر محسوب می‌شود.

منظور از «مواد^۵»، مواد اعتیادآور است. گرچه مواد اعتیادآور فهرستی طولانی دارند که شامل داروهای مسکنی مانند کدئین، داروهای خواب‌آور مانند بنزودیازپینها و موادی مانند نیکوتین و کافئین هم می‌شود، ولی در این بخش، ما عمدتاً به اعتیاد به «مواد غیرقانونی^۶» می‌پردازیم. شایعترین این مواد، مواد افیونی، مواد محرک و توهم‌زا،

¹Addiction

²Dependence

³Harmful use

⁴International Classification of Diseases

⁵Substance

⁶Illicit drugs or illegal drugs

و حشیش است. گرچه در عرف و کنوانسیونهای بین الملل، الکل جزو مواد غیرقانونی محسوب نمی شود، ولی در کشور ما الکل نیز جزو مواد غیرقانونی تلقی می شود.

اهمیت بهداشتی

در دهه‌های گذشته، مصرف مواد و اعتیاد از جمله مشکلات بهداشتی و اجتماعی با اهمیت تلقی می شده‌اند. مصرف مواد به‌عنوان عامل خطر برای بیماری‌های گوناگون و اعتیاد به‌عنوان یک بیماری مزمن روانپزشکی مورد توجه بوده‌اند. لیکن، در سالهای اخیر، ماهیت و همچنین روشهای کنترل آن تغییراتی اساسی داشته است. گرچه در کشور ما، انسجام خانواده و نقش آن در تربیت فرزندان و بنیادهای مذهبی و اخلاقی، نقش محافظتی چشمگیری در پیشگیری از آسیبهای اجتماعی و روانی دارد، لیکن به‌دلایل گوناگون، عوامل خطر متعددی جوانان ما را نیز مورد تهدید قرار می دهد (۱).

در محاسبه بار بیماری‌های کشور برای سال ۱۳۸۲ که شاخص‌های مرتبط با شیوع و شدت بیماریها را در بر می‌گیرد، در مردان اعتیاد پس از حوادث و بلایا، بالاترین سهم از بار بیماریها را داشته است و به طور کلی ۶/۷٪ دالی (DALY) بیماری‌ها را در مردان تشکیل داده است. میزان بار اعتیاد در زنان، یک دهم مردان گزارش شده است (۲). در عین حال، بار اعتیاد در کشور در سالهای اخیر افزایش یافته است (۳). همچنین، دفتر کنترل مواد و جرائم سازمان ملل تخمین می زند که ۴۲٪ تریاک و ۵٪ هروئین تولید شده در جهان در ایران مصرف می شود (۴).

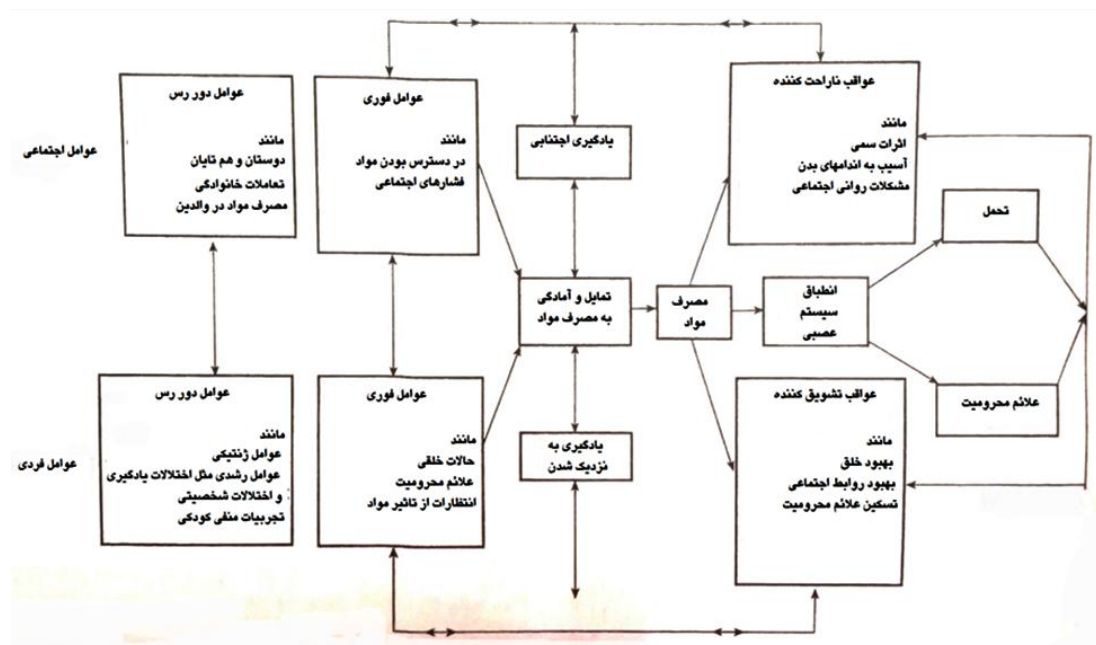
در ایران تولید و مصرف مواد افیونی، سابقه‌ای چند صد ساله و ریشه‌ای طولانی در فرهنگ و اقتصاد کشور داشته است. این زمینه‌های تاریخی و فرهنگی همراه با تغییرات سریع اقتصادی و اجتماعی دهه‌های اخیر، عوامل آسیب‌پذیری متعددی را به همراه داشته است. رشد سریع جمعیت و به تبع آن افزایش قابل توجه جمعیت جوان کشور، گسترش تکنولوژی ارتباطات جهانی و افزایش سطح انتظارات نسل جوان، سیر توسعه صنعتی و مشکلات ناشی از آن شامل افزایش قابل توجه جمعیت شهری، به‌ویژه حاشیه‌نشینی و بیکاری از عوامل آسیب‌پذیری به مشکلات اجتماعی، از جمله اعتیاد هستند. به‌علاوه، علیرغم ریشه‌کن شدن کشت خشخاش در داخل کشور بعد از انقلاب اسلامی، دسترسی به تریاک و هروئین به دلیل افزایش چشمگیر کشت این مواد در همسایگی کشورمان، کاهش نیافته است و علاوه بر آن، تولید مواد محرک و دسترسی به آنها افزایش داشته است (۱). علاوه بر عوامل بیولوژیک و روانشناختی، این عوامل اجتماعی، موجب الگویی از مصرف مواد و اعتیاد شده است که کشور ما را از سایر کشورها متمایز می‌کند. همین امر، روشهای مداخله و مقابله را نیز متفاوت می‌نماید.

از سویی دیگر، مصرف مواد و اعتیاد به طور مستقیم و غیرمستقیم با خسارت‌های فراوانی در سطوح فردی و اجتماعی توأم است. در سطح فردی با هزینه‌های گزاف، افزایش ناتوانی، ابتلا به سایر بیماریها، و مرگ و میر همراه است. در سطح اجتماعی، پدیده مواد با از هم گسیختگی خانواده‌ها و طلاق، دامن زدن به ایدز، افزایش سطح فقر، افزایش جرائم سازمان یافته و فساد همراه است و می‌تواند بخش عمده‌ای از درآمد ملی را به خود مصروف نماید.

سبب‌شناسی

عوامل متعددی که با یکدیگر در تعامل هستند موجب شروع و ادامه مصرف مواد و یا از دست دادن کنترل بر مصرف مواد و در نهایت موجب ابتلا به اختلالات مصرف مواد می‌شوند. این عوامل، طیف وسیعی از عوامل فردی، مانند عوامل ژنتیکی و اختلالات رشد تا عوامل اجتماعی، مانند فشار همتایان، قیمت مواد و میزان دسترسی به مواد را شامل می‌شوند. علاوه بر این، اثر هر ماده خاص بر هر فرد ممکن است تعیین‌کننده مهمی در ادامه مصرف آن ماده یا بروز اعتیاد باشد. عوامل دیگری نیز می‌توانند بر پیشرفت اعتیاد و یا بهبود از اعتیاد تاثیر بگذارند.

شکل ۱ که بر گرفته از مدل ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت است، نشان می‌دهد که چطور عوامل مختلف در فرایند ایجاد و سیر اعتیاد تاثیر می‌گذارند. عنصر اصلی، مصرف مواد به عنوان یک رفتار است. تصمیم به مصرف یک ماده، تحت تاثیر موقعیت‌های بلافصل اجتماعی و روانشناختی فرد و هم چنین تاریخچه قدیمی زندگی اوست. مصرف یک ماده، موجب شروع فرایندی می‌شود که می‌تواند خوشایند و مشوق ادامه مصرف بوده و یا آزاردهنده و عاملی برای پرهیز از مصرف‌های بعدی شود. گفته می‌شود که اعتیاد "بیماری مغز" است که طی آن تغییرات ساختاری و نوروشیمیایی مغز به دلیل مصرف مواد روی داده و در آن رفتار آگاهانه و داوطلبانه مصرف مواد به یک رفتار اجبارگونه^۱ تبدیل می‌شود.



شکل ۱- برگرفته از مدل ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت برای مصرف مواد و وابستگی (۵)

¹ Compulsive behavior

انواع مواد

مواد اعتیادآور عمدتاً یا مخدر (تسکین‌دهنده) هستند و یا محرک و یا اثر ترکیبی مخدر و محرک را دارند. فهرست مهمترین گروه‌های مواد اعتیادآور و مهمترین مواد هر گروه در زیر آورده شده است:

۱. **مواد اپیوئیدی (افیونی):** شامل تریاک و سوخته و شیره آن، هروئین، کراک هروئین، ترامادول، داروهای کدئین دار، متادون و بوپرنورفین (تمجیزک)

۲. **مواد محرک (شامل مواد آمفتامینی و مواد توهم زا):** شامل آمفتامین، متامفتامین، اکستازی، متیل فنیدیت (ریتالین)، و کوکائین

۳. **کانابیس:** شامل گیاه کانابیس (ماری جوانا)، و رزین کانابیس (حشیش)

۴. **الکل**

مواد اعتیادآور، شامل مواد دیگری مانند داروهای تسکین‌دهنده و خواب‌آور^۱ (بنزودیازپینها، باربیتوراتها)، نیکوتین، مواد استنشاقی^۲ یا حلال‌های فرار^۳ (چسب‌ها، تینر و مواد مورد استفاده در نقاشی، اسپری‌ها) و استروئیدهای آنابولیک (تستوسترون و ناندرولون) نیز هستند. در ادامه، مواد اعتیادآور اصلی از نظر ترکیب، نحوه تولید، نوروفارماکولوژی، فارکودینامیک، و اثرات بالینی تشریح می‌شوند.

اعتیاد به مواد اپیوئیدی

مواد اپیوئیدی مهمترین گروه مواد اعتیادآور مخدر (تسکین‌دهنده) را تشکیل می‌دهند. اپیوئیدها از گیاهی از خانواده شقایق به نام خشخاش^۴ تولید می‌شوند. این گیاه در مناطق گرم و خشک کشت می‌شود. از شکافهایی که بر تخمدانهای این گیاه ایجاد می‌شود شیرهای بیرون می‌آید که به‌صورت صمغ قهوه‌ای تیره در می‌آید که "تریاک خام" نام دارد. در این صمغ ۲۰ نوع آکالوئید وجود دارد که مهمترین آن مورفین است. برخی از مواد اپیوئیدی قابل سوء مصرف، کاملاً منشا گیاهی دارند، مانند تریاک و کدئین؛ برخی نیمه مصنوعی هستند، مانند هروئین که از استیلاسیون مورفین به دست می‌آید و برخی سنتتیک هستند، مانند مپریدین (پتیدین) و پروپوکسی فن.

صدها سال است که اپیوئیدها به دلیل اثرات ضد درد و سایر اهداف پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرند، لیکن سوء مصرف مداوم مواد یا داروهای اپیوئیدی موجب بروز اعتیاد و اختلال در خلق، رفتار و شناخت فرد می‌گردد. در بسیاری از کشورها، از جمله کشورهای توسعه یافته، شایعترین و مهمترین مادهٔ اپیوئیدی مورد مصرف هروئین است. لیکن در کشور ما، هنوز مصرف تریاک بر سایر مواد اپیوئیدی غیرقانونی غلبه دارد. هم‌چنین، در بسیاری از

¹ Sedatives and hypnotics

² Inhalants

³ Volatile solvents

⁴ Papaver Somniferum

کشورهای جهان، مصرف خودسرانه داروهای اپیوئیدی مانند کدئین و اکسی کودون که قابلیت سوء مصرف دارند، شیوع قابل ملاحظه‌ای دارند و مصرف آنها در حال افزایش است.

بر اساس نتایج پیمایش ملی سلامت روان (۹۰-۱۳۸۹)، مصرف مواد اپیوئیدی در گروه‌های مختلف سنی، جنسی، و فرهنگی اقتصادی اجتماعی دیده می‌شود. لیکن در کشور ما مصرف مواد غیرقانونی اپیوئیدی در مردان، در سنین ۲۰ تا ۴۵ سال، در جنوب شرقی و جنوب کشور و در گروه‌های پایین‌تر اقتصادی- اجتماعی شایعتر است (۶). مصرف هروئین در حاشیه شهرهای بزرگ و در مناطقی که سایر جرائم و ناهنجاری‌های اجتماعی رایج است، شیوع بیشتری دارد (۱). در کشور ما تریاک عمدتاً به شیوهٔ تدخین^۱ یا خوردن^۲ مصرف می‌شود و روش مصرف هروئین بیشتر تدخین یا استنشام^۳ (تودماغی) است. مصرف تزریقی هروئین در رده بعد قرار دارد. در سالهای گذشته، شواهدی نیز عمدتاً از کشور ما در مورد ارتباط مصرف تریاک با بروز سرطانهای دستگاه گوارش، ریه و مثانه به دست آمده است (۷، ۸).

اثرات مواد اپیوئیدی عمدتاً از طریق گیرنده‌های اپیوئیدی مو (μ)، کاپا (K) و دلتا (δ) اعمال می‌شود. گیرنده‌های اپیوئیدی مو در اثرات ضد دردی، دپرسیون تنفسی، اعمال معدی و روده ای مانند بیوست، و وابستگی دخیل هستند. گیرنده‌های کاپا در اثرات ضد درد، دیورز، تسکین دهندگی و گیرنده‌های دلتا نیز در اثرات ضد درد دخیل هستند. مغز خود دارای اپیوئیدهای درون زا^۴ است که شامل اندورفین‌ها، دینورفین‌ها، و انکفالین‌ها است. این مولکولها در مغز فعالیت شبه مورفینی دارند و در انتقال عصبی و مهار درد، نقش مهمی ایفا می‌کنند. زمانی که انسان از نظر جسمی صدمه می‌بیند و یا به طور شدید تحت استرس قرار می‌گیرد، این مواد در مغز آزاد می‌شوند. هم‌چنین، اپیوئیدهای درون زا تعامل قابل ملاحظه‌ای با سیستم‌های عصبی دیگر مانند سیستم انتقال عصبی دوپامینی و نورآدرنالینی دارند. شواهدی وجود دارد که ویژگی تشویق‌کننده^۵ اعتیادآور اپیوئیدها از طریق فعال سازی نرونهای دوپامینی ناحیه تگمنتوم شکمی^۶ که به کورتکس و سیستم لیمبیک کشیده می‌شوند، عمل می‌کند (۵).

مورفین مهمترین ماده مؤثر تریاک است. آن را می‌توان به اشکال مختلف از خوراکی تا تزریقی مصرف کرد. قسمت اعظم مورفین در کبد متابولیزه می‌شود، به همین دلیل با مصرف خوراکی حدود نیمی از آن به مغز می‌رسد. حدود ۲۰ دقیقه بعد از مصرف تزریقی و ۳۰ دقیقه بعد از مصرف خوراکی مورفین، سطح پلاسمایی آن به اوج می‌رسد. حدود ۹۰ درصد آن ظرف ۷۲ ساعت از طریق ادرار دفع می‌شود و در طی این مدت، مورفین ادرار قابل شناسایی و سنجش است.

¹ Smoking

² Ingestion

³ Snorting

⁴ Endogenous opioids

⁵ Rewarding

⁶ Ventral tegmental area

کسی که برای نخستین بار یک اپیوئید را مصرف می‌کند ممکن است دچار دیسفوری، تهوع و استفراغ شود. لیکن به طور معمول، چند دقیقه بعد از مصرف یک ماده اپیوئیدی به ویژه مصرف تزریقی آن، فوران لذت^۱ ایجاد می‌شود که مصرف‌کنندگان، آن را قویتر از ارگاسم جنسی توصیف می‌کنند. این لذت با احساس گرما، سنگینی اندامها، خشکی دهان، خارش صورت و بینی و سرخ شدن صورت همراه است. فوران لذت چند ثانیه تا چند دقیقه طول می‌کشد، ولی نئشگی^۲ که احساس لذت بخش ماندگارتتری است تا چند ساعت ممکن است طول بکشد. بعد از نئشگی، حالت بی‌حالی^۳ یا تسکین رخ می‌دهد که با بی‌تفاوتی به محیط اطراف، احساس آرامش و خرسندی و افتادن پلک و آرواره همراه است.

مصرف طولانی اپیوئیدها موجب تغییرات تعداد و حساسیت گیرنده‌های اپیوئیدی می‌شود. این امر، برخی از اثرات تحمل و علائم محرومیت را توجیه می‌کند. اگر چه مصرف طولانی مدت با افزایش حساسیت نرونها دوپامینرژیک، کولینرژیک و سروتونرژیک همراه است، ولی اثرات این مواد بر سیستم نورآدرنرژیک در لوکوس سرلئوس مهمترین واسطه بروز علائم محرومیت می‌باشد.

علائم محرومیت از اپیوئیدها (مورفین و هروئین)، معمولاً ۶ تا ۸ ساعت بعد از آخرین مصرف آنها ایجاد می‌شود و در روز دوم و سوم به اوج می‌رسد و در طول ۷ تا ۱۰ روز فروکش می‌کند. لیکن برخی از علائم ممکن است تا ۶ ماه یا بیشتر باقی بماند (۵). این علائم عبارتند از: کرامپ‌های عضلانی شدید، دردهای استخوانی، اسهال شدید، کرامپ‌های شکمی، آبریزش از بینی و چشم، تب، خمیازه، هیپرتانسیون، تاکی‌کاردی، گشادی مردمک‌ها، بی‌نظمی درجه حرارت بدن و سیخ شدن موهای بدن. محرومیت از اپیوئیدها معمولاً کشنده نیست. علائم باقیمانده شامل بی‌خوابی، بی‌نظمی درجه حرارت بدن و وسوسه و اشتیاق به مصرف مجدد اپیوئیدها ممکن است ماهها باقی بماند. علائم دیگر محرومیت عبارتند از: بی‌قراری، تحریک پذیری، افسردگی، ترمور، ضعف، تهوع و استفراغ.

درمانهای اختصاصی دارویی برای کمک به قطع مصرف مواد اپیوئیدی غیرقانونی به دو دسته تقسیم می‌شوند:

۱- درمان سم زدایی یا مدیریت علائم محرومیت که معمولاً در طول زمان ۷ تا ۱۰ روز ارائه می‌شود. برای این منظور چند راه وجود دارد. مؤثرترین آن استفاده از داروی متادون و یا بوپرنورفین در سم زدایی است. در صورت عدم دسترسی به این داروها، می‌توان از آگونیستهای رسپتورهای آلفا مانند کلونیدین یا لوفکسیدین استفاده کرد. هم‌چنین، روشهای کوتاه سم زدایی که با استفاده از آنتاگونیستهای اپیوئیدها، طول دوره سم زدایی به دو تا سه روز کاهش می‌یابد و یا حتی با استفاده از بیهوشی، طول مدت به چند ساعت کاهش می‌یابد وجود دارد. لیکن با توجه به اینکه روشهای کوتاه باید در بیمارستان و به صورت بستری انجام شود و با خطراتی توأم است و شواهد علمی حاکی از فقدان برتری این روشها در قطع مصرف در درازمدت دارد، استفاده از روشهای کوتاه به طور معمول توصیه نمی‌شود (۹-۱۲).

¹ The rush

² The high

³ Nodding off

۲- استفاده از درمانهای دارویی نگهدارنده که دو دسته هستند: الف) درمان با آنتاگونیست های اپیوئیدی بعد از طی دوره سم زدایی. مهمترین داروی این دسته، نالتروکسان خوراکی است. انواع Patch و تزریقی طولانی الاثر آن هم وجود دارد. این نوع درمان برای کسانی توصیه می شود که اعتیاد خفیف تری داشته و از انگیزه قوی برای ترک و حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند. ب) داروهای نگهدارنده با آگونیست هایی مانند متادون، بوپرنورفین و تنتور اپیوم. استفاده از متادون ارزانتر بوده و مانایی فرد در درمان بیشتر است. به همین دلیل درمان نگهدارنده با متادون به عنوان مهمترین نوع درمان اعتیاد به مواد اپیوئیدی مانند هروئین شناخته می شود (۱۳). لیکن، از آنجایی که ترک مصرف متادون به سادگی ممکن نیست و معمولاً مصرف آن سالها و یا حتی برای کل طول عمر ادامه می یابد و می تواند با عوارضی مانند کاهش مهارتهای ظریف فرد در رانندگی و افزایش خطر تصادف توأم باشد، و حتماً متادون باید در کلینیکهای تخصصی دارای مجوز مخصوص ارائه شود. برخی از کشورها مانند فرانسه استفاده از داروی بوپرنورفین را که دارویی بسیار کم خطر است و توسط مطب های بخش خصوصی قابل ارائه است، ترجیح داده اند (۱۴).

مواد محرک

مهمترین مواد محرک، عبارتند از مواد محرک آمفتامینی و کوکائین. الف) مواد محرک آمفتامینی مواد شیمیایی هستند که از افدرین و پسودوافدرین سنتز می شوند. مهمترین مواد این گروه عبارتند از: آمفتامین، دکستروآمفتامین، متامفتامین و داروهایی مانند متیل فنیدیت (ریتالین). مواد محرک آمفتامینی به طور وسیع در مناطق مختلفی از جهان در آزمایشگاههای غیرقانونی تولید می شوند. ب) کوکائین یا کوک از فعل النفعالات شیمیایی که بر برگ گیاه کوکا انجام می شود به دست می آید و یک ماده اعتیادآور قوی است. گیاه کوکا در آمریکای جنوبی کشت می شود.

مواد محرک آمفتامینی بعد از کانابیس، شایعترین ماده مصرفی غیرقانونی اعتیادآور در جهان هستند. این مواد به دلایل مختلف توسط گروههای گوناگونی از مردم استفاده می شوند، جوانان برای احساس لذت، دانشجویان برای افزایش تمرکز و یادگیری، ورزشکاران برای افزایش انرژی و بهبود عملکرد جسمی حین مسابقه ها، رانندگان بین شهری برای بیداری طولانی، سربازان در طی جنگ برای بهبود روحیه و توان رزمی.

شایعترین ماده از این دسته که در ایران مصرف می شود، متامفتامین است که به نام خیابانی شیشه معروف است. شواهدی از افزایش تولید و افزایش شیوع مصرف متامفتامین در کشور وجود دارد. متامفتامین ترکیبی قوی است که به شکل پودر کریستالیزه سفید یا سفید کرمی رنگ بوده و به روشهای تدخین، استنشام و تزریق مورد استفاده قرار می گیرد. شایعترین روش مصرف آن در کشورمان به صورت تدخین با استفاده از پایپ یا حباب لامپ است. اکستازی^۱ (۳، ۴-متیلن دی اکسی متامفتامین) که به نامهای خیابانی اکس یا قرص شادی نیز معروف است، نوعی دیگر از مواد محرک است که خواص توهم زایی نیز دارد. اکستازی بیشتر به شکل قرصهای رنگی است و به صورت

^۱Ecstasy

خوراکی مصرف می شود. اوج مصرف آن در جوانان کشورمان در نیمه دوم دهه ۱۳۸۰ بود. متیل فنیدیت (ریتالین) نیز از گروه مواد محرک است که مصارف پزشکی مهمی از جمله در درمان بیش فعالی دارد. این دارو که به شکل قرص است، بیشتر توسط دانشجویان و دانش آموزان برای افزایش تمرکز و یادگیری مورد سوء مصرف قرار می گیرد. بر اساس داده های پیمایش ملی سلامت روان (۹۰-۱۳۸۹) مصرف مواد محرک در کشورمان گرچه در مردان بیشتر است، ولی در زنان نیز شیوع قابل ملاحظه دارد و مصرف آنها در سنین زیر ۳۰ سال بیشتر است (۱۵).

آمفتامین ها موجب آزادسازی کاتکولامین ها بخصوص دوپامین از انتهای نرون به داخل سیناپس می شوند. این اثر به ویژه در نرونهای دوپامینی که از ناحیه تگمنتوم شکمی به کورتکس مغز و به نواحی لیمبیک کشیده می شوند، قویتر است. این مسیر را "مسیر پاداش"^۱ نام گذاشته اند و احتمالاً مکانیسم اساسی ایجاد اعتیاد توسط آمفتامین هاست. مواد آمفتامینی توهم زا مانند اکستازی، علاوه بر آزادسازی کاتکولامین ها، موجب آزادسازی سروتونین هم می شوند. تاثیر کوکائین، از طریق بلوک کردن ناقل دوپامین و در نتیجه کاهش بازجذب دوپامین از سیناپس است. این امر موجب افزایش غلظت دوپامین در شکاف سیناپسی و افزایش فعالیت گیرنده های D₁ و D₂ می شود. کوکائین موجب مهار بازجذب نوراپی نفرین و سروتونین نیز می شود.

اثرات جسمی متامفتامین در دوز پایین عبارتند از: سردرد، گر گرفتگی، تعریق یا لرز، تپش قلب، دهیدراتاسیون، خشکی دهان، گشادی مردمک و کاهش اشتها. اثرات روانشناختی آن عبارت است از: نشئه، هشیاری و بی خوابی، کاهش احساس خستگی، پرحرفی، بهبود عملکرد جسمی، احساس قدرت و شکست ناپذیری، افزایش تمایل جنسی، بی قراری. در دوزهای بالاتر، فرد دچار پرخاشگری، اختلال در قضاوت، رفتارهای خطرناک جنسی، حملات پانیک، علائم پسیکوز یا مانیا می شود. هم چنین، دچار تهوع و استفراغ، دیستونی، ضعف عضلانی، تاکی کاردی یا برادی کاردی، افزایش یا کاهش فشار خون، آریتمی و درد سینه، افزایش درجه حرارت بدن و نهایتاً گیجی، دپرسیون تنفسی، سکنه قلبی یا خونریزی مغزی و تشنج شده و یا به اغما فرو می رود.

کوکائین در بدن به سرعت متابولیزه می شود، ولی متابولیسم متامفتامین کندتر است. علائم محرومیت از مواد محرک عبارتند از: اضطراب و بی قراری، خلق دیسفوریک، لتارژی، خستگی، کابوس شبانه، سردرد، تعریق شدید، کرامپ های عضلانی، کرامپ معده و احساس گرسنگی شدید. این علائم در روز دوم تا چهارم به اوج رسیده و تا یک هفته به تدریج کاهش می یابند. مهمترین علامت محرومیت از مواد محرک، افسردگی است که می تواند بسیار شدید بوده و با افکار و اقدام به خودکشی توأم باشد.

پرخاشگری و پسیکوز، از مهمترین عوارض مصرف مواد محرک هستند. وقوع پسیکوز در ۳۰ تا ۵۰ درصد از افراد وابسته به متامفتامین گزارش شده است (۱۶). علائم پسیکوز شامل هذیان های گزند و آسیب، هذیان انتساب، پخش افکار و توهم شنوایی است. سایر توهم ها مانند احساس حرکت یک حشره در زیر پوست، و توهم بینایی هم ممکن است روی دهند. امکان حمله و آسیب به دیگران در چنین حالتی وجود دارد. وقوع پسیکوز بستگی به مقدار و مدت مصرف مواد محرک و هم چنین به آسیب پذیری فرد نسبت به مواد محرک دارد. پسیکوز ناشی از مصرف

¹ Reward pathway

طولانی متامفتامین معمولاً کمتر از یک ماه طول می کشد، ولی تا ۱۰ درصد از موارد ممکن است بیش از شش ماه طول بکشد و با مصرف مجدد آن و یا با استرس عود کند. سایر عوارض مصرف دراز مدت مواد محرک عبارتند از: سوء تغذیه و کاشکسی ناشی از عدم احساس گرسنگی و غذا نخوردن؛ انواع مشکلات پوستی شامل آکنه و زخمهای پوستی، مشکلات دندانی شامل تخریب مینای دندان و کرم خوردگی وسیع، این عوارض ظرف مدت یک تا ۵ سال از مصرف مواد محرک ایجاد می شوند. مصرف کنندگان مواد محرک از طریق مصرف تزریقی با سرنگ مشترک و یا از طریق رفتارهای جنسی پرخطر احتمال ابتلایشان به عفونت با ویروس اچ آی وی افزایش می یابد.

بر خلاف درمان مواد اپیوئیدی، برای درمان وابستگی به مواد محرک، داروی خاصی وجود ندارد. درمان علامتی است به عنوان مثال می توان در صورت بی قراری بیمار، به وی دیازپام تجویز کرد و یا افسردگی بعد از ترک را با داروهای ضد افسردگی درمان کرد. علائم پسیکوز هم حتماً باید با داروهای ضدپسیکوز مناسب تحت کنترل قرار گیرند. اشتیاق و وسوسه بیمار پس از ترک مصرف مواد محرک معمولاً شدید است و برای کنترل آن، لازم است از درمانهای روانشناختی کمک گرفت.

کانابیس

کانابیس شایعترین ماده مصرفی اعتیادآور غیرقانونی در جهان است. این ماده از گیاه کانابیس ساتیوا^۱ (شاهدانه) به دست می آید. کانابیس به تقریب در همه جای دنیا کشت می شود. مناسبترین آب و هوا برای کشت گیاه آب و هوای گرم و مرطوب است و در گلدان های خانگی هم قابل رویش است. گل های سر گیاه کانابیس و برگ های آن دارای بیش از ۷۵۰ ماده شیمیایی و دهها کانابینوئید است که مهمترین ماده آن، دلتا-۹-تتراهیدروکانابینول (THC) است. کانابیس به اسامی و اشکال مختلف وجود دارد. شایعترین اسامی آن عبارتند از: حشیش، ماری جوانا، گراس، چرس، وید، علف، گل، بنگ و سیگاری. صمغ تیره رنگ رزین مانندی که از برگ گیاه خارج می شود، را حشیش می گویند. گلپای خشک شده سر گیاه را ماری جوانا گویند. کانابیس به اشکال مختلف مصرف می شود. شایعترین شکل مصرف آن، مصرف تدخینی حشیش خشک و خرد شده و لوله شده در ورق کاغذ، به صورت سیگار است. کانابیس به صورت تبخیر شده نیز استنشاق شده و با قلیان و یا به صورت چای نیز مصرف می شود. کانابیس به طور معمول کمتر از ۵٪ THC دارد، ولی اخیراً با ارتقای روشهای کشت، گیاه با میزان ۲۰٪ THC هم به عمل رسیده است. در سالهای اخیر، بیش از صد نوع کابینوئید صنعتی نیز در جهان تولید و وارد بازار مصرف شده است.

هزاران سال است که اثرات نشئه آوری کانابیس شناخته شده است و به این منظور و به دلیل مصارف طبی مانند اثرات ضد تهوع و یا سهولت زایمان مورد استفاده قرار گرفته است. در سالهای اخیر به مصرف پزشکی کانابیس توجه بیشتری شده است. داروهای از THC، کانابیدیول (CBD) و کانابینول ساخته شده و در درمان تهوع ناشی از شیمی درمانی، کاهش وزن شدید ناشی از بیماری هایی مانند ایدز، درمان مولتیپل اسکلروزیس و صرع در کودکان مورد استفاده قرار می گیرد. با وجودی که کانابیس جزو داروهای کلاس چهارم طبقه بندی مواد

^۱ *Cannabis Sativa*

غیرقانونی، بر اساس کنوانسیون واحد مواد مخدر مصوب سال ۱۹۶۱ می باشد که نیازمند کنترل شدید دولت‌هاست، در سال‌های اخیر چند کشور مانند هلند، کانادا و چند ایالت آمریکا مصرف پزشکی اشکال غیردارویی کانابیس را تصویب کرده اند.

کانابینوئیدها عمدتاً از طریق اثرگذاری بر گیرنده های کانابینوئیدی که در مناطق مختلف مغز و اندامهای محیطی هستند عمل می‌کنند. بیشترین تراکم این گیرنده‌ها در هسته‌های قاعده‌ای مغز^۱، هیپوکامپ، مخچه و به میزان کمتر در کورتکس مغز است. مغز خود دارای کانابینوئیدهای درون زا^۲ است که نقش اساسی در تنظیم لذت، حافظه، تفکر، تمرکز، اشتها، احساس درد و پردازش حس های پنج گانه دارد. کانابینوئیدهای درون‌زا نقش مهمی در نوروزنز دارند. مصرف CBD و THC موجب مهار نوروزنز می شوند (۱۷).

مصرف دوز پایین کانابیس حساسیت فرد را بر محرکهای بیرونی افزایش می دهد؛ به عنوان مثال، موجب می‌شود تا فرد رنگها را روشن تر ببیند و یا موجب کند شدن درک گذر زمان می شود، هم چنین قرمزی چشمها و تاکی کاردی خفیف رخ می دهد. با دوزهای بالاتر، افت فشار خون ارتوستاتیک، خشکی دهان، افزایش اشتها، احساس مسخ شخصیت^۳ یا مسخ واقعیت^۴ ممکن است رخ دهد و یا اختلال در حافظه کوتاه مدت و تصمیم گیری پیش آمده و یا فرد رفتارهای پرخطر و یا تکانه ای از خود نشان دهد (۵، ۱۸). کانابیس هم چنین بر هماهنگی سیستم حرکتی تاثیر گذاشته و موجب اختلال در رانندگی یا کار با تجهیزات و وسایل شده، خطر وقوع حوادث و مرگ و میر ناشی از رانندگی را افزایش می دهد (۱۹). پس از مصرف تدخینی کانابیس، اثر آن ظرف چند دقیقه ظاهر شده، در ۳۰ دقیقه به اوج رسیده و ۲ تا ۴ ساعت باقی می‌ماند. برخی از اثرات شناختی و حرکتی تا ۱۲ ساعت باقی می‌مانند.

قابلیت سوء مصرف کانابیس در مقایسه با مواد اپیوئیدی و مواد آمفتامینی کمتر است و وابستگی فیزیکی در نسبت کمتری از معتادان به حشیش ایجاد می شود. لیکن، در حالیکه عمدتاً کمتر از ۱۰٪ درصد از مصرف کنندگان حشیش به آن وابسته می شوند، با بالا رفتن خلوص THC کانابیس در امریکا، اختلال مصرف حشیش در بیش از ۳۰٪ از مصرف کنندگان گزارش شده است (۲۰). قطع مصرف کانابیس بعد از مصرف مکرر و روزانه، موجب احساس بی‌قراری، تحریک پذیری، اضطراب، خلق افسرده، اختلال در توجه و تمرکز و اختلال در کنترل تکانه، سردرد، بی‌خوابی، کاهش اشتها، کاهش وزن، درد معده، لرز، تعریق و ترمور می شود. این علائم ممکن است تا ۲۰ روز طول بکشد.

مصرف مداوم کانابیس می‌تواند موجب ایجاد علائم پس‌یکوز شده و یا موجب بروز اسکیزوفرنی در افراد مستعد شود (۲۱). هم چنین، مصرف مداوم و منظم کانابیس ممکن است موجب مشکلات ریوی، مانند برونشیت مزمن و بالا

¹ Basal ganglia

² Endocannabinoids

³ Depersonalization

⁴ Derealization

رفتن احتمال ابتلا به بیماری های عفونی تنفسی و یا سرطان نای و ریه شود (۲۲). ارتباط مصرف حشیش با سایر اختلالات مانند آتروفی مغز، تشنج، اختلالات ایمنی و نازایی هنوز به اثبات نرسیده است (۵).

الکل

واژه الکل به هر مولکولی که دارای یک گروه هیدروکسیل ($-OH$) متصل به یک اتم کربن اشباع شده باشد، اطلاق می شود. شایعترین فرم الکل، اتیل الکل است که به آن اتانول هم می گویند و به عنوان مشروبات الکلی مصرف می شود. با استفاده از یک مخمر، قند موجود در مواد نشاسته ای مانند گندم و جو، یا میوه ها مانند انگور، تخمیر شده و الکل به دست می آید.

مصرف الکل در جهان بسیار شایع است و تعداد مصرف کنندگان آن دو برابر مصرف کنندگان سیگار هستند. مصرف آن در کشورهای مختلف از پراکندگی قابل ملاحظه ای برخوردار است. بیشترین مصرف الکل در قاره اروپا و آمریکا و کمترین آن در منطقه خاورمیانه است. در کشور ما، به دلایل مذهبی و قانونی، مصرف الکل بسیار کمتر از میانگین میزان جهانی آن است. هم چنین، سوء مصرف و وابستگی به آن هم کمتر است. مصرف الکل و مشکلات ناشی از آن در مردان، افراد مجرد، ساکنان مناطق شهری، و نواحی مرکزی کشور بیشتر است (۲۳).

محاسبه میزان مصرف الکل هر فرد در تعیین میزان خطری که با آن مواجه است، اهمیت دارد. به طور استاندارد، یک پیک مشروب الکلی^۱، ۱۰ تا ۱۲ گرم الکل خالص دارد. گرچه میزان الکل در مشروب های مختلف، تنوع زیادی دارد ولی این میزان الکل در یک لیوان بزرگ (۳۲۰ میلی لیتر) آبجوی ۴ درصدی، یک لیوان کوچک (۱۰۰ میلی لیتر) شراب ۱۲٪، یک استکان کوچک (۳۲ میلی لیتر) مشروب های قوی^۲ ۴۰٪ مانند ویسکی و ودکا، و یک قاشق غذاخوری سرخالی (۱۴ میلی لیتر) الکل طبی ۹۰٪ وجود دارد. یک مرد ۷۰ کیلویی، اگر یک پیک بنوشد، سطح خونی الکل وی ۲۰-۱۵ میلی گرم در دسی لیتر بالا می رود. وی سه چهارم این مقدار را می تواند ظرف یک ساعت توسط کبد متابولیزه کند. با مصرف زیاد و طولانی الکل سرعت متابولیسم آن در بدن افزایش می یابد. به طور کلی، سرعت متابولیسم الکل در زنان و در برخی از گروههای آسیایی کندتر است. در کشور ما، مصرف مشروب های قوی بر مصرف آبجو و شراب غلبه دارد.

حدود ۱۰٪ از الکل مصرف شده از معده و بقیه از روده کوچک جذب می شود. بعد از نوشیدن الکل، ظرف ۳۰ تا ۹۰ دقیقه، سطح خونی به اوج می رسد. در صورتی که معده خالی باشد، حداکثر سطح خونی سریعتر ایجاد می شود. اگر میزان الکل مصرفی خیلی زیاد باشد، دریچه پیلور بسته می شود و مقدار زیاد الکل در معده باقی می ماند. اسپاسم پیلور موجب تهوع و استفراغ می شود.

الکل به طور یکنواخت در آب بدن حل می شود بنابراین، پس از جذب به خون به تمام اعضا و بافتهای بدن می رود. ۹۰٪ از الکل جذب شده، توسط کبد اکسیده شده و دفع می شود. ۱۰٪ بقیه بدون تغییر از طریق کلیه و ریه از بدن خارج می شود. الکل با دو آنزیم متابولیزه می شود، الکل دهیدروژناز (ADH) که الکل را به استالدهید تبدیل

¹ One alcoholic drink

² Spirits (hard alcohol)

می‌کند و آلدئید دهیدروژناز که استالدئید را به استیک اسید تبدیل می‌کند. هر دوی این مواد تولید شده، سمی هستند.

برای مکانیسم اثر الکل در مغز، نظریه‌ها و شواهد مختلفی وجود دارد. به نظر می‌رسد که عمده ترین مکانیسم آن، تاثیر بر غشای نرونها باشد. در کوتاه مدت، سیالیت^۱ غشاء را بیشتر و در درازمدت، آن را سخت تر می‌کند. سیالیت طبیعی غشای سلولی برای عملکرد طبیعی گیرنده ها، کانالهای یونی و سایر عملکردهای پروتئین غشاء ضروری است. هم چنین، به نظر می‌رسد که الکل، فعالیت کانالهای یونی مرتبط با گیرنده های استیل کولین نیکوتینی، سروتونینی و GABA_A را افزایش داده و کانالهای یونی مرتبط با گیرنده های گلوتامات و کانالهای کلسیمی را مهار می‌کند.

الکل یک ماده تسکین دهنده مانند بنزودیازپین هاست که با آنها تحمل متقاطع^۲ دارد. اگر سطح خونی الکل به ۵۰ میلی‌گرم در دسی لیتر (۰/۰۵٪) برسد، قضاوت فرد یا مهارهای رفتاری وی سست می‌شود. از سطح خونی ۸۰ میلی‌گرم در دسی لیتر فعالیت های ارادی حرکتی مختل می‌شود. از ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی لیتر، نیستاگموس، دوبینی، تکلم نوک زبانی^۳، اختلال در توجه و حافظه، عدم تعادل در حرکت، و اختلال در هشیاری پیدا می‌کند و در سطوح خوبی بالاتر از ۳۰۰ میلی‌گرم در دسی لیتر به اغما می‌رود. در چنین شرایطی ممکن است به دلیل دپرسیون تنفسی یا آسپیره کردن محتویات معده بیمار فوت کند.

برای مصرف زینبار الکل، تعاریف مختلفی بر اساس میزان، تکرر و طول مدت مصرف ارائه شده است. موسسه ملی سوء مصرف الکل و الکلیسم آمریکا، میزان مصرف کم خطر الکل برای یک فرد سالم را چنین تعریف می‌کند: برای زنان، مصرف کمتر از ۳ پیک در روز یا مصرف کمتر از ۷ پیک در هفته. برای مردان، مصرف کمتر از ۴ پیک در روز یا مصرف کمتر از ۱۴ پیک در هفته. لیکن، ۲٪ افرادی که در میزان کم خطر الکل می‌نوشند هم دچار اختلالات ناشی از مصرف الکل می‌شوند (۲۴).

مصرف الکل با عوارض متعدد توأم است. مسمومیت حاد الکل می‌تواند موجب هیپوگلیسمی شده و در صورت عدم تشخیص موجب مرگ ناگهانی شود. مصرف طولانی الکل موجب مهار قابلیت جذب روده شده، موجب کمبود ویتامین‌ها و اسید آمینه‌های ضروری بدن می‌شود. مصرف الکل گرچه موجب آسانی در به خواب رفتن می‌شود، ولی به خاطر کاهش خواب مرحله رؤیا دیدن و خواب عمیق، موجب تکه تکه شدن خواب و طول کمتر خواب می‌شود. مصرف زیاد آن حتی در یک دوره یک هفته‌ای، موجب تجمع چربی در کبد شده و هم چنین در درازمدت موجب هپاتیت و سیروز الکلی می‌شود. مصرف سنگین الکل ممکن است موجب التهاب و واریس مری، التهاب و زخم معده و پانکراتیت شود. سایر عوارض آن عبارتند از: افزایش فشارخون، افزایش خطر سکته قلبی و بیماریهای عروقی مغزی، افزایش سرطانهای سر و گردن، کبد و دستگاه گوارش و ریه. از عوارض مهم دیگر مصرف طولانی مدت الکل، کاهش توانایی‌های شناختی، اختلال حافظه کوتاه مدت و دامانس است که با تحلیل رفتن قشر

¹ Fluidity

² Cross-tolerance

³ Slurred speech

مغز و گشادی بطنهای مغزی همراه است. اختلال در حافظه که به آن سندروم کورساکوف^۱ هم می‌گویند، به کمبود درازمدت تیامین ناشی از اختلال جذب روده نسبت داده می‌شود. الکل همراه با داروهای دیگر خواب آور اثر سینرژیک دارد و مقدار بالای توأم هر دوی آنها می‌تواند موجب دپرسیون تنفسی و مرگ شود. وابستگی یا سوء مصرف الکل در افراد مختلف اشکال بسیار متنوعی دارد. برخی از افراد در حالیکه دوره‌هایی از مصرف مکرر و زیاد را تجربه می‌کنند، قادر هستند در دوره‌های زمانی حتی طولانی از مصرف الکل اجتناب کنند. برخی دیگر مصرفی به مقدار کم ولی روزانه و منظم دارند و قادر نیستند مصرف روزانه خود را قطع کنند. برخی دیگر در روزهای تعطیل و یا در گردهمایی‌ها مقادیر زیاد الکل می‌نوشند و در مواقع دیگر از مصرف الکل اجتناب می‌کنند. همه این موارد با افزایش خطر برای سلامت همراه است.

قطع مصرف الکل بعد از مصرف طولانی آن می‌تواند علائم جدی محرومیت به همراه داشته باشد. به طور معمول، این علائم عبارتند از لرزش^۲، علائم پسیکوتیک مانند هذیان، اختلالات درک مانند توهم‌های بینایی و لامسه که حدود ۸ ساعت پس از آخرین مصرف ایجاد می‌شود و تشنج که ۱۲ تا ۲۴ ساعت پس از آخرین مصرف الکل رخ می‌دهد. در طول هفته اول پس از قطع مصرف، فرد باید از نظر ایجاد دلیریوم ترمنس (DT)^۳ تحت نظر باشد. DT مهمترین عارضه قطع مصرف الکل است که یک اورژانس پزشکی است. در این حالت، فرد دچار اختلال هشیاری و لرزش شده، علائم تحریک سیستم سمپاتیک را داشته و ممکن است اقدام به خودکشی کرده و یا به دیگران حمله کرده و صدمه برساند و یا تحت تاثیر توهم‌ها و هذیان‌های خود، اعمال خطرناکی انجام دهد. DT اگر درمان نشود ۲۰٪ خطر مرگ دارد. خطر مرگ بطور معمول به علت همراهی دلیریوم با مشکلات پزشکی دیگر مانند پنومونی یا اختلالات کبد، کلیه و قلب می‌باشد.

برای درمان محرومیت از الکل، در صورت خفیف بودن علائم و وضعیت خوب جسمی می‌توان از دوز پایین بنزودیازپینها برای پنج روز استفاده کرد. در صورتی که علائم شدید باشد و خطر DT وجود داشته باشد، از دوز بالای بنزودیازپینها و یا هالوپریدول باید کمک گرفت. برای پیشگیری از آسیب مغزی ناشی از الکل به افرادی که به مدت طولانی الکل می‌نوشند، باید تیامین تجویز کرد. به منظور پیشگیری از عود مجدد مصرف و وابستگی به الکل پس از سم زدایی، سه داروی دیسولفیرام، نالترکسون و آکامپروسات می‌توانند کمک کننده باشند.

اپیدمیولوژی

وضعیت تولید مواد در جهان

مواد غیرقانونی هر یک در مناطق خاصی از جهان، بیشتر تولید می‌شوند. مواد اپیوئیدی غیرمجاز به طور عمده در افغانستان و پس از آن در میانمار کشت و تولید می‌شود. کوکائین به طور عمده در کلمبیا، پرو و بولیوی کشت می‌شود. حشیش در بسیاری از کشورها تولید می‌شود ولی بیشترین تولید آن مربوط به کشورهای مراکش،

¹ Korsakoff syndrome

² Tremulousness

³ Delirium tremens

مغولستان و افغانستان است (۲۵). تولید انواع مواد محرک آمفتامینی پراکندگی قابل ملاحظه ای دارند ولی بیشترین تولید، مربوط به متامفتامین بوده و بیش از همه، از آسیای شرقی و جنوب شرقی گزارش می شود (۲۶). افغانستان همسایه شرقی ایران، بزرگترین تولیدکننده تریاک غیرمجاز در جهان می باشد و در سال ۲۰۱۴ نزدیک به ۶۴۰۰ تن تریاک تولید کرده است (۲۵). هم چنین، افغانستان پس از مراکش، بزرگترین تولیدکننده حشیش (رزین کانابیس) جهان بوده و مساحت زیر کشت حشیش در این کشور بیش از یک سوم مساحت زیر کشت خشخاش آن است.

وضعیت مصرف مواد و اعتیاد در جهان

در اکثریت قریب به اتفاق جوامع، مصرف مواد و اختلالات ناشی از آن با انگ اجتماعی همراه بوده، و غیرقانونی تلقی می شود. از این رو، آن را پدیده‌ای پنهان^۱ می دانند و پژوهش بر آن و شناخت زوایای مختلف آن در مقایسه با مشکلات دیگر بهداشتی، دشوارتر بوده و روشهای آن متفاوت است. دفتر کنترل مواد و جرائم سازمان ملل تعداد مصرف کنندگان مواد غیرقانونی را برای سال ۲۰۱۳، تعداد ۲۴۶ میلیون نفر (بین ۱۶۲ تا ۳۳۰ میلیون نفر) یعنی ۵/۲٪ (۳/۷-۷٪) از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله جهان تخمین زده است (۲۵). حدود ۱۸۰ میلیون نفر از این تعداد، مصرف کنندگان حشیش هستند. مصرف مواد محرک آمفتامینی در رده دوم قرار دارد. پس از آن، مصرف کنندگان مواد افیونی (۳۳ میلیون نفر) و کوکائین (۱۷ میلیون نفر) به ترتیب بیشترین تعداد را تشکیل می دهند. تعداد افرادی که دارای مصرف مشکل زا^۲ هستند، ۲۷ میلیون نفر (۱۶ تا ۳۹ میلیون) تخمین زده می شود. این افراد عمدتاً مصرف کنندگان مداوم هروئین و کوکائین و یا مصرف کننده تزریقی مواد هستند. تخمین زده می شود که بین ۸/۵ تا ۲۱/۵ میلیون نفر در جهان (میانگین ۱۲ میلیون نفر یا ۲۶ در هزار جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله) مصرف کننده تزریقی مواد هستند (۲۵).

اعتیاد به مواد غیرقانونی در جهان مستقیماً مسئول ۲۰ میلیون دالی در سال ۲۰۱۰ بوده است که ۰/۸٪ از کل علل دالی جهان را به خود اختصاص می دهد. در بین مواد مختلف، مواد اپیوئیدی، با ۹/۲ میلیون دالی، بیشترین سهم را در بار اعتیاد دارد. حدود ۷۰٪ این دالی، سالهای از دست رفته به علت ناتوانی و ۳۰٪، سالهای از دست رفته به علت مرگ و میر است (۲۷).

الگوی مصرف مواد و اعتیاد در همه جای جهان یکسان نیست. در آسیا و اروپا، بیشترین میزان اعتیاد به مواد افیونی، در قاره آمریکا به کوکائین، و در آفریقا به حشیش گزارش می شود. در دو دهه گذشته، تغییراتی نیز در این الگو رخ داده است، به گونه ای که از نسبت معتادان به مواد افیونی کاسته شده و نسبت معتادان به مواد محرک آمفتامینی افزایش یافته است (۲۸). به طور کلی تولید و مصرف مواد محرک آمفتامینی در دهه گذشته افزایش چشمگیری یافته است. علاوه بر این، در سالهای گذشته مواد جدیدی سنتز شده و در دسترس قرار گرفته اند که با صدمات بهداشتی جدی توأم هستند و معضل جدیدی را در کنترل مواد کشورها ایجاد کرده اند (۲۶).

^۱ Hidden phenomenon

^۲ Problem drug use

در کشور آمریکا چند مطالعه ملی برای بررسی وضعیت مصرف مواد در گروه‌های مختلف در حال انجام است. یکی از مهمترین آنها که از سال ۱۹۷۱ تاکنون هر سال و به صورت خانه به خانه انجام می‌شود، مطالعه ملی مصرف مواد و سلامت (NSDUH^۱) نام دارد. بر اساس مطالعه سال ۲۰۱۳، حدود ۹/۴٪ جمعیت عمومی ۱۲ سال و بالاتر در یک ماه گذشته مصرف یکی از مواد غیرقانونی را گزارش کرده‌اند که بیشترین آن حشیش (۷/۵٪ از جمعیت) بوده است. میزان مصرف کوکائین، هروئین، متامفتامین و هالوسینوژنها در یک ماه گذشته هر یک کمتر از ۰/۵٪ بوده است. شیوع مصرف ماه گذشته الکل ۵۲/۲٪ بوده است. در مورد اختلالات مصرف مواد و الکل، ۸/۲٪ جمعیت ۱۲ سال و بالاتر در طول یک سال گذشته به حداقل یکی از آنها مبتلا بوده‌اند (۲۹٪). در ۳۰ کشور اروپایی، مصرف یک سال گذشته مواد مختلف در جمعیت ۱۵ تا ۳۴ ساله به شرح زیر گزارش شده است: مصرف حشیش در ۱۱/۷٪، کوکائین در ۱/۹٪، اکستازی در ۱/۴٪ و مواد محرک آمفتامینی در یک درصد افراد گزارش شده است (۳۰).

در منطقه خاورمیانه، بیشترین مصرف مواد اپیوئیدی در ایران، افغانستان و پاکستان وجود دارد. در افغانستان که بزرگترین تولیدکننده تریاک جهان است، در یک مطالعه بزرگ کشوری ۵/۶٪ از جمعیت مورد مطالعه، آزمایش بیولوژیکشان از نظر مواد افیونی مثبت بود که بیشتر موارد را تریاک تشکیل می‌داد (۳۱). مصرف تریاک و هروئین در سالهای گذشته به شدت در افغانستان افزایش یافته است (۳۲). در پاکستان، شایعترین ماده مصرفی حشیش است. لیکن، یک درصد جمعیت بالغان (بیش از یک میلیون نفر) مواد افیونی مصرف می‌کنند که بیشتر موارد را هروئین تشکیل می‌دهد (۳۳). مصرف حشیش و داروهای مسکن خواب‌آور نیز در این دو کشور رایج است. مواد محرک، به همراه مواد افیونی ماده غالب مصرفی را در عربستان سعودی و اردن تشکیل می‌دهند. تعداد مصرف کنندگان تزریقی در منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی حدود ۵۷۰ هزار نفر تخمین زده می‌شود (۳۴).

به طور کلی، پدیده مصرف مواد و اعتیاد، پدیده‌ای جهانی است که از جامعه‌ای به جامعه دیگر الگوی متفاوتی دارد. با گذشت زمان، موادی که زمانی در برخی از کشورها بندرت یافت می‌شد، توزیع وسیعتری یافته است. علاوه بر این، با به کارگیری روشهای پیشگیری از مصرف مواد در مدارس و در جامعه، شیوع مصرف برخی از مواد، مانند مواد محرک در کشورهای آمریکای شمالی و غرب اروپا کاهش یافته و به میزان مصرف آنها در آسیا افزوده می‌شود. از تغییرات دیگری که در سالهای اخیر در الگوی مصرف مواد در جهان ایجاد شده است، پیدایش مواد جدید اعتیادآور سنتتیک است. هر سال دهها ماده جدید روانگردان (NPS^۲) وارد بازار مصرف می‌شود که عمده آن را مواد محرک و کانابینوئیدهای سنتتیک تشکیل می‌دهد.

وضعیت مصرف مواد و اعتیاد در ایران

در ایران، هیچگاه در مورد میزان شیوع مصرف مواد و اعتیاد توافق وجود نداشته است. بطور معمول نهادهای دولتی مسئول این ارقام را پایین‌تر از آنچه پژوهشگران تخمین می‌زدند، اعلام می‌کنند. تا دو سال پیش، تخمین تعداد

^۱ National Survey on Drug Use and Health

^۲ New psychoactive substances

افراد وابسته به مواد، به طور عمده بر نتایج حاصل از سه مطالعه استوار بود: اول، مطالعه کشوری همه گیرشناسی سوءمصرف مواد که در اورژانسهای کشور (با فرض مشابهت نمونه با جمعیت عمومی کشور) در سال ۱۳۸۰ انجام شد و تعداد وابستگان به مواد افیونی را بر اساس گزارش فردی^۱ ۱/۲ میلیون نفر تخمین زده است و پیش بینی شده است که رقم واقعی بیش از این میزان باشد (۳۵). دوم و سوم، استفاده از روش تخمین غیرمستقیم^۲ با استفاده از چندبرابری^۳ که با بهره گیری از چند منبع با قابلیت اعتماد کم همراه با شاخص‌های به دست آمده از مطالعه سریع وضعیت مصرف مواد^۴ (RSA) در سالهای ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶ محاسبه شد و به ترتیب رقم ۱/۵ و ۱/۲ میلیون نفر را برای وابستگان به مواد تخمین زد (۳۶، ۳۷). علاوه بر این، مطالعه های گوناگونی که در سالهای گذشته با بررسی نظرات مردم و افراد کلیدی در شهرها، محله ها و محیط های کار گوناگون انجام شده است، نشان از نقطه نظرات آنها مبنی بر جدی بودن مشکل اعتیاد در محیط و نگرانی عمیق آنان بوده است.

جدول ۱- درصد وزن داده شده (فاصله اطمینان ۹۵٪) اختلال مصرف مواد و الکل در ۱۲ ماه گذشته بر اساس پیمایش ملی سلامت روان ۹۰-۱۳۸۹ (۳۹)

جنسیت	اختلال مصرف مواد و الکل	اختلال مصرف مواد (بدون الکل)	اختلال مصرف الکل
مرد	۵/۲ (۴/۲-۶/۱)	۳/۸ (۳/۱-۴/۵)	۱/۸ (۱/۲-۲/۴)
زن	۰/۴ (۰/۲-۰/۷)	۰/۳ (۰/۱-۰/۶)	۰/۱ (۰/۰-۰/۲)
کل	۲/۸ (۲/۳-۳/۳)	۲/۱ (۱/۷-۲/۵)	۱/۰ (۰/۶-۱/۳)

آخرین و جامعترین اطلاعات مربوط به شیوع اختلالات مصرف مواد، مربوط به پیمایش ملی سلامت روان (IranMHS^۵) می باشد که در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد (۳۸). این مطالعه که به روش مقطعی و خانه به خانه و بر جمعیت ۶۴-۱۵ ساله کشور و بر نمونه ای معادل ۷۸۸۶ نفر انجام شد، شیوع اختلالات مصرف مواد و الکل را ۲/۸٪، یعنی معادل حدود یک و نیم میلیون نفر گزارش کرده است (جدول ۱). این مطالعه اختلالات مصرف الکل را یک درصد و اختلالات مصرف مواد غیرقانونی غیر از الکل را ۲/۱٪ برآورد کرد. بر اساس شواهد پراکنده موجود، پیش بینی می شود که شیوع واقعی، حداقل دو برابر میزان به دست آمده به روش مستقیم در یک مطالعه خانه به خانه باشد.

¹ Self-report

² Indirect estimation

³ Multiplier method

⁴ Rapid Situation Assessment of Drug Use

⁵ Iran Mental Health Survey, 2011

در هر صورت، عدم وجود مطالعه های طولی و تکرار شونده در گروه های واحد، نتیجه گیری در مورد تغییرات شیوع و بروز مصرف مواد و اعتیاد را دشوار کرده است، به ویژه هیچ گونه شواهد معتبر و قابل اتکایی از روند تغییرات بروز و شیوع در ده سال گذشته در دست نیست.

در مورد الگوی مصرف مواد توسط معتادان در سال ۱۳۸۶ بر اساس مطالعه *RSA*، شایع ترین ماده مصرفی معتادان را تریاک (مصرف در یک ماه گذشته ۴۴٪) تشکیل می داد و پس از آن، کراک (۲۸٪) و هروئین (۲۰٪) قرار داشت. مقایسه این الگو با مطالعه های *RSA* سالهای ۱۳۷۸ و ۱۳۸۳ نشان می دهد که میزان مصرف تریاک به شدت کاهش یافته و مصرف هروئین نیز با کاهش نسبی روبه رو بوده است. در حالیکه هیچ موردی از مصرف کراک در دو مطالعه قبلی یافت نشده بود، در طی فاصله کوتاهی، شیوع ۲۸٪ کراک گزارش شد. علاوه بر این، در سال ۱۳۸۶ با پیدایش مصرف شیشه و نورجیزک (مصرف در یک ماه گذشته ۵٪) روبه رو بوده ایم که در سالهای قبل از آن گزارش نشده بود (۳۶، ۳۷، ۴۰). لیکن، پیمایش ملی سلامت روان که در سالهای ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد (۲۳) نشان داد که هنوز مواد اپیوئیدی، و از بین مواد اپیوئیدی، تریاک شایع ترین مواد مصرفی کشور هستند (جدول ۲).

بر اساس مطالعه *RSA* سال ۱۳۸۶، روش غالب مصرف مواد به صورت تدریجی و پس از آن خوراکی بوده است با این وجود مصرف تزریقی در ۱۸/۷٪ معتادان، مصرف غالب را تشکیل داده است که این روند نسبت به سالهای قبل روند افزایشی قابل ملاحظه ای داشته است. سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال گذشته نیز در ۲۲/۶٪ از معتادان گزارش شد (۳۶، ۳۷، ۴۰). با در نظر گرفتن رقم رسمی ۱/۲ میلیون نفر معتاد به مواد اعتیادآور غیرقانونی در کشور، و شیوع ۲۲/۶٪ سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال گذشته (بنا بر اظهار معتادان)، تعداد مصرف کنندگان تزریقی برای سال ۱۳۸۶ حدود ۲۷۱،۰۰۰ نفر برآورد شده بود، با این وجود اطلاع جدیدی از افزایش یا کاهش تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد در دست نیست.

مطالعه های مروری بر وضعیت مصرف مواد در دانش آموزان و دانشجویان، تخمینی را از شیوع مصرف مواد در این گروهها ارائه داده اند. در دانش آموزان، شایع ترین مواد مورد مصرف، الکل و پس از آن تریاک و حشیش گزارش شده است. این مطالعه مروری تعداد دانش آموزان معتاد را شش تا ده هزار نفر تخمین زده است (۴۲). مطالعه مروری دیگری در جمعیت دانشجویی نیز شایع ترین مواد مورد مصرف را الکل و پس از آن تریاک و حشیش گزارش کرده است. این مطالعه مروری، تعداد دانشجویانی را که به یکی از مواد غیرقانونی وابسته هستند، بیش از ۵۰ هزار نفر و تعداد کسانی را که در طول یک ماه حداقل یک بار مواد اپیوئیدی مصرف کرده اند را ۱۵۰ هزار نفر در کشور تخمین زده است (۴۳). مطالعه دیگری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸، میزان مصرف یک سال گذشته هر گونه ماده اعتیادآور غیرقانونی به غیر از الکل را در پسران ۲/۲٪ و در دختران ۰/۶٪ گزارش کرده است (۴۴).

جدول ۲- شیوع مصرف یک سال گذشته مواد غیرقانونی (۲۵) و الکل (۴۱) در جهان، و در ایران بر اساس پیمایش ملی سلامت روان ۹۰-۱۳۸۹ در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله (۲۳)

نوع ماده مصرفی	جهان (%)		ایران (%)	
	حداکثر	حداقل	جمعیت عمومی	مردان / زنان
هر نوع ماده غیرقانونی	۷/۰	۳/۴	۶/۲	۱۰/۸ / ۱/۵
حشیش	۴/۹	۲/۷	۱/۳	۲/۴ / ۰/۲
مواد اپیوئیدی (بدون داروهای اپیوئیدی)	۰/۸(۰/۴)	۰/۶(۰/۳)	۵/۲	۹/۳ / ۱/۰
مواد محرک آمفتامینی	۱/۱	۰/۳	۰/۷	۱/۴ / ۰/۰۶
اکستازی	۰/۶	۰/۲	۰/۳	۰/۴ / ۰/۲
کوکائین	۰/۴	۰/۳	-	- / -
الکل	۳۸/۳		۵/۷	۱۰/۲ / ۱/۰

نسبت زنان به کل جمعیت معتادان، از ۲٪ تا ۹٪ در مطالعه‌ها و گزارش‌هایی که در ۱۰ سال گذشته بر معتادان انجام شده است، متفاوت بوده است. حدود نیمی از معتادان، متأهل بوده و دارای فرزند می‌باشند. حدود دو سوم دارای تحصیلات راهنمایی تا دبیرستان هستند. حدود ۹۰٪ از معتادان، با خانواده خود زندگی می‌کنند. کمتر از ۱۰٪ بی‌خانمان بوده و یا تنها زندگی می‌کنند و درآمدی ندارند و نیمی وضعیت اجتماعی اقتصادی خود را متوسط می‌دانند. حدود ۲۰٪ بیکار و نیمی دارای مشاغل کارگری و یا رانندگی هستند. دو سوم از معتادان، کل یا بخشی از مخارج زندگی خود را از طریق درآمد شغلی تأمین می‌کنند. نزدیک به ۴۰٪ به کمک مالی خانواده و دوستان متکی هستند. حدود یک چهارم از طرق غیرقانونی کسب درآمد می‌کنند که به‌طور عمده، مرتبط با مواد می‌باشد. حدود ۴۰٪ سابقه دستگیری داشته که در اغلب موارد بیش از یک‌بار می‌باشد و بیشتر مربوط به جرائم مرتبط با مواد است. این الگوها در ده سال گذشته کم و بیش ثابت بوده است (۳۶، ۳۷، ۴۵). همچنین، مطالعه ملی بر جمعیت عمومی نشان داد که مصرف مواد و اعتیاد در مردان، افراد مطلقه، سطح تحصیلات و سطح اقتصادی اجتماعی پایین‌تر و در استانهای جنوبی و شرقی کشور بیشتر است (۶). یک مطالعه تحلیل روند نیز حاکی از آن است که الگوی مصرف از ۱۳۶۷ تا ۱۳۸۴ تشدید شده (افزایش نسبتهای دستگیرشدگان و زندانیان مرتبط با اعتیاد، ایدز، و مرگ ناشی از اعتیاد) و این روند با روندهای افزایش بیکاری، و نیز روند تشدید ناهنجاری در کشور (افزایش طلاق، جرم، شهری شدن، و جهانی شدن) رابطه پرقدرتی داشته است (۴۶). به طور کلی، گرچه به دلیل ضعف اطلاعات موجود، در مورد تغییرات مربوط به شیوع مصرف مواد در کشور، اختلاف نظر وجود دارد، با این وجود تمامی شواهد حاکی از شدت و تنوع الگوی مصرف مواد در دهه گذشته می‌باشد.

در مورد عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد در کشور اطلاعات بسیار محدود و پراکنده است. پژوهش‌های مربوط به اعتیاد در کشور فاقد مطالعه‌های مورد-شاهدی و طولی برای بررسی این عوامل است. بیشترین اطلاعات از نظرات خود معتادان در مورد علت گرایش آنها به مصرف مواد به دست آمده است. با این وجود شواهد نشان می‌دهد که سن شروع مصرف مواد و مصرف تزریقی مواد در طول ۳۰ سال گذشته تغییر معنی‌داری نداشته است (۳۶، ۳۷، ۴۷، ۴۸). نزدیک به نیمی از معتادان، مصرف مواد را با پیشنهاد دوستان (اغلب دوستان خارج از مدرسه) شروع کرده‌اند. شایعترین مکان اولین مصرف مواد نیز "منزل دوستان" گزارش می‌شود. بر اساس مطالعه‌ها، دوستان در تداوم مصرف، مقدار مصرف، شیوه مصرف و نوع ماده مصرفی، نقش به‌سزایی داشته‌اند. حدود ۲۰٪ موارد، فرد پیشنهاد دهنده یکی از افراد خانواده بوده است. حدود نیمی از معتادان سابقه مصرف مواد را در یکی از اعضای خانواده خود ذکر می‌کنند که در اغلب مواقع برادر و یا پدر می‌باشد. همکاران و محیط کار نیز در رده بعدی اهمیت قرار دارند. در خصوص مهمترین علت شروع مصرف مواد، معتادان به این موارد اشاره نموده‌اند: کنجکاوی، لذت و فشار دوستان، مشکلات زندگی و دردهای جسمی. در زنان سن شروع مصرف مواد بالاتر و در قریب اتفاق موارد از طریق همسر و در درجه بعدی پدر بوده است (۳۶، ۳۷، ۴۰).

عوارض ناشی از مصرف مواد و اعتیاد

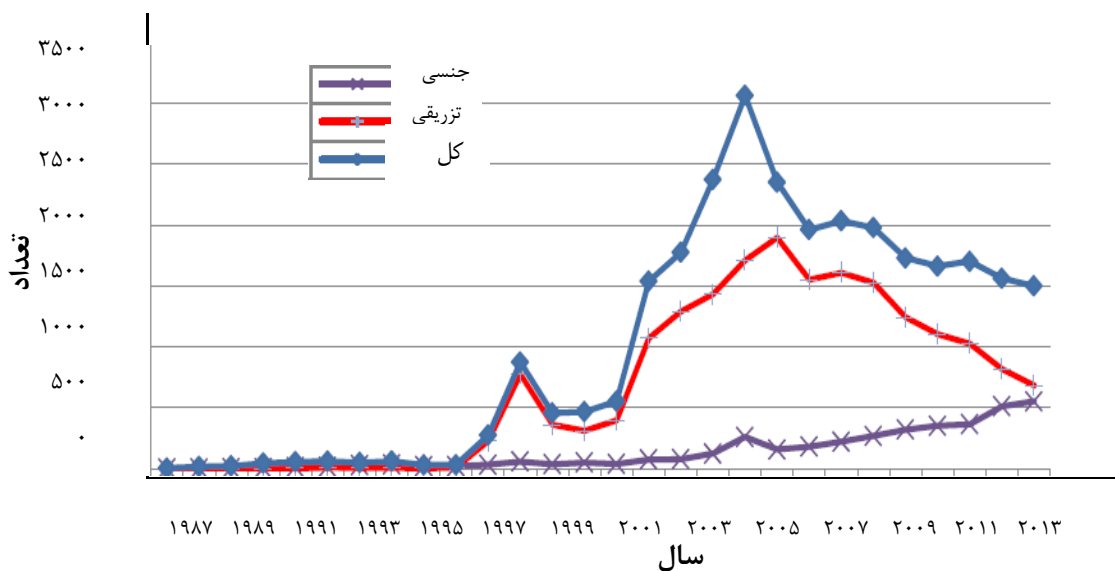
مهمترین عارضه مصرف مواد، اعتیاد است. با این وجود، رفتارهای پرخطر همراه با مصرف مواد (مانند رفتارهای پرخطر جنسی و استفاده مشترک از وسایل تزریق) با عوارض جدی همراه است. مرگ و میر ناشی از مصرف تزریقی مواد ۱۵ برابر بیش از جمعیت مشابه است. سازمان ملل تخمین می‌زند که حدود ۱۲ میلیون نفر مصرف کننده تزریقی مواد در جهان وجود دارد و ۱۳/۵٪ از مصرف کنندگان تزریقی مواد، به اچ آی وی و ۵۲٪ به هیپاتیت C و ۸/۴٪ به هیپاتیت B مبتلا هستند (۲۵). هر سال در جهان، ۲۱۱ هزار نفر به دلایل مرتبط با مواد جان خود را از دست می‌دهند. بروز مسمومیت ناشی از مواد^۱ نیز در معتادان شایع بوده و میزان مرگ و میر^۲ مصرف کنندگان تزریقی مواد ۲/۵۳ در هر ۱۰۰ نفر-سال محاسبه شده است (۴۹).

ایدز به‌عنوان یک پدیده جهانی، تهدیدی برای سلامت انسان و ثبات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع محسوب می‌شود. در کشور ما مصرف کنندگان تزریقی مواد، مهمترین گروه در معرض خطر ابتلا به ایدز را تشکیل می‌دهند، به طوری که حدود ۶۷٪ از موارد ابتلا، در مصرف کنندگان تزریقی مواد گزارش شده است (۵۰). مطالعه مروری سیستماتیک درباره شیوع عفونت با اچ آی وی در معتادان کشور نشان داد که شیوع آن در مصرف کنندگان تزریقی مواد از ۸/۷٪ در سال‌های قبل از ۲۰۰۵ به ۱۸/۴٪ بعد از آن رسیده است (۵۱) و شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان غیرتزریقی به ۵/۴٪ در سال‌های بعد از ۲۰۰۵ رسیده است (۵۲). مطالعه دیگری در سال ۱۳۹۰ نیز در ۱۰ استان کشور، شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد را ۱۵/۱٪ تخمین زد (۵۳). با گسترش برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد، بروز موارد جدید اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد در سالهای

¹ Drug overdose

² Crude mortality rate

اخیر کاهش یافته است، به طوری که در سال ۱۳۹۲، حدود ۴۵٪ از موارد جدید اچ آی وی از این طریق مبتلا شده بودند (۵۰). تغییرات در روش انتقال اچ آی وی در طول زمان در نمودار ۱ نمایش داده شده است.



نمودار ۱- روش انتقال اچ آی وی در سالهای ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۹ بر اساس نظام ثبت اچ آی وی کشور (۵۰)

هپاتیت C بیماری عفونی خطرناک دیگری است و در دو دهه اخیر مرگ و میر ناشی از آن در جهان ۲ تا ۳ برابر شده و به دلیل ایجاد سیروز کبدی در صدر اندیکاسیون‌های پیوند کبد قرار گرفته است. هپاتیت C احتمالاً شایعترین عارضه عفونی مصرف تزریقی مواد در سطح جهان است. در مطالعه مروری سیستماتیک شیوع عفونت با ویروس هپاتیت C در معتادان ایرانی، شیوع آن در معتادان تزریقی ۴۵٪ و در معتادان غیرتزریقی ۸٪ گزارش شد (۵۴).

مجموعه این اطلاعات نشان می‌دهد که ایران با وجود شیوع بالای مصرف کنندگان تریاک در مقایسه با سایر کشورها به‌ویژه کشورهای توسعه یافته، سال‌ها الگوی کم خطری داشته است. با افزایش عرضه مواد در کشور و تنوع مواد در دسترس، در سال‌های اخیر وضعیت اعتیاد تشدید یافته و عوارض جدی بهداشتی و اجتماعی را با خود داشته است. بر این اساس، در حال حاضر اعتیاد یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی و اجتماعی کشور شناخته می‌شود.

مداخله‌ها

به طور کلی، سه راهکار اصلی برای کنترل اعتیاد و مشکلات حاصل از آن در جهان وجود دارد که در طول تاریخ به ترتیب، به کار گرفته شده و در طول زمان راهکارهای بعدی به آن اضافه شده است:

۱. روشهای کاهش عرضه مواد

۲. روشهای کاهش تقاضا برای مواد، شامل درمان و بازپروری معتادان و پیشگیری از مصرف مواد

۳. کاهش زیانهای ناشی از مصرف مواد، علیرغم ادامه مصرف آنها

در مورد ضرورت به کارگیری هر سه روش برای کنترل اعتیاد توافق وجود دارد، با این وجود، در جوامع مختلف میزان تمرکز و استفاده از هر یک از این روش‌ها در مقابل روشهای دیگر یکسان نیست. همچنین، اگرچه محدودیتهایی در شواهد مربوط به میزان تأثیر و عوارض هر استراتژی وجود دارد، ولی صاحب نظران و ذینفعان، در مورد نتیجه گیری از شواهد موجود، اتفاق نظر ندارند و هر گروه بر فوائد یک راهکار، در مقابل مضرات راهکارهای دیگر تأکید می‌ورزند. در حال حاضر کشور ما تلاش دارد تا تمامی این راهکارها را به کار گیرد. این موضوع در ساختار مشارکتی و چندبخشی ستاد مبارزه با مواد مخدر منعکس شده است و در اسناد کلیدی موجود مانند قانون مبارزه با مواد مخدر (مصوب ۱۳۷۶)، قانون برنامه چهارم توسعه (مصوب ۱۳۸۳)، و سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با مواد مخدر مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام و ابلاغی از سوی مقام رهبری (در سال ۱۳۸۵) مورد تأکید قرار گرفته است.

روشهای کاهش عرضه مواد

اولین توافق بین المللی جدی برای مبارزه جهانی با تولید، عرضه و مصرف مواد به کنفرانس سال ۱۹۰۹ در شانگهای نسبت داده می‌شود که در آن کشورهای مهم تولیدکننده و مصرف کننده تریاک جهان حضور داشتند و متعهد شدند تا تولید تریاک را مورد کنترل قرار داده و کاهش دهند و منجر به صدور کنوانسیون بین المللی تریاک در سال ۱۹۱۲ شد. در آن زمان، به ترتیب چین، هند و ایران بزرگترین تولیدکنندگان تریاک بودند و میزان تولید تریاک جهان ۴۱,۶۰۰ تن، یعنی ۵ برابر تولید فعلی تریاک جهان بود. در حال حاضر، سه معاهده مهم بین المللی از اعتبار چشمگیری برای کنترل جهانی مواد برخوردارند:

۱. کنوانسیون واحد مواد مخدر، مصوب سال ۱۹۶۱ و پروتکل الحاقی سال ۱۹۷۲ که تولید، واردات، صادرات، توزیع، حمل و مصرف مواد را به مصارف پزشکی و علمی محدود می‌کند.

۲. کنوانسیون مواد روانگردان، مصوب سال ۱۹۷۱ که مکانیسمی برای کنترل انواع بیشتری از مواد جدید و سنتتیک بر اساس قابلیت سوء مصرف آنها از یک سوی و ارزش درمانیشان در طب پیش بینی می‌کند.

۳. کنوانسیون علیه قاچاق غیرقانونی مواد مخدر و روانگردان، مصوب سال ۱۹۸۸ که بر مبارزه جامع با قاچاق

مواد شامل مبارزه با پول شویی، و مبارزه با انحراف مسیر پیش سازها برای ساخت مواد، و استرداد مجرمین

تأکید دارد.

دو سال بعد از کنفرانس ۱۹۰۹ شانگهای، یعنی بیش از ۱۰۰ سال پیش، نخستین قانون کنترل ممنوعیت و محدودیت عرضه و مصرف تریاک به تصویب مجلس شورای ملی ایران رسید. ایران در مراحل تصویب هر سه

کنوانسیون بین المللی، حضور و نقش فعالی را ایفا کرده بود. پس از آن، بارها قوانین موجود ایران بازبینی و تشدید

شد. پس از انقلاب اسلامی، این روند تقویت گردید. در طول دو دهه، تصور بر این بود که با اتخاذ تدابیر قانونی و

کیفری جدی، می‌توان به سرعت و برای همیشه اعتیاد را در کشور ریشه کن کرد. با این وجود، با به‌کارگیری مجازات‌های سنگین و با سال‌ها کسب تجربه، نگاه ریشه‌کنی جای خود را به ضرورت برنامه‌ریزی درازمدت به جای اقدام‌های ضربتی، برای کنترل مشکل داده و روشهایی غیر از تدابیر انتظامی و قضایی نیز مورد توجه قرار گرفته است. آخرین قانون مبارزه با مواد مخدر کشورمان مصوب سال ۱۳۷۶ بوده و در سال ۱۳۸۹ اصلاحیه آن به تصویب رسیده است.

در سال‌های گذشته در ایران، امر مبارزه با عرضه بر محورهای زیر استوار بوده است: ایجاد و تقویت استحکامات مرزهای شرقی کشور از طریق احداث خاکریز، حفر کانال، احداث دیوارهای بتنی، جاده‌سازی و نصب سیم خاردار و فنس، شناسایی و انهدام باندها و شبکه‌های تهیه و توزیع مواد، و تشدید دستگیری و مجازات قاچاقچیان مواد در مقابل دستگیری معتادان. در نتیجه شدت گرفتن مبارزه با عرضه بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، در سالهای گذشته، هر ساله تعداد عملیات و درگیری مسلحانه افزایش یافته و تعداد بیشتری از قاچاقچیان کشته شده اند. تعداد انهدام باندهای مواد نیز هر ساله افزایش داشته است. هم‌چنین، میزان کشفیات مواد و کارگاه‌های منهدم شده نیز افزایش یافته است (۵۵).

پیشگیری از مصرف مواد

دهها سال است که اقدام‌های گوناگونی در جهان به منظور پیشگیری از مصرف مواد و بروز اعتیاد انجام می‌شود. با این وجود، شواهد علمی در مورد اثربخشی هر یک از این اقدام‌ها مورد پرسش بوده است. به‌طور کلی، با توجه به شیوع پایین مصرف مواد بخصوص در گروه نوجوانان که معمولاً مخاطب برنامه‌های پیشگیری هستند و دشواری انجام مطالعه‌های کنترل شده در این زمینه مطالعه‌های اثربخشی در این مورد دشوار هستند و چنین مطالعه‌هایی به‌طور عمده در کشورهای توسعه یافته انجام شده‌اند. هم‌چنین، با توجه به تنوع بسیار مداخلاتی که توسط متخصصان و پژوهشگران این حیطه طراحی و اجرا می‌شوند، مطالعه‌های مروری سیستماتیک و متاآنالیز نتایج مطالعه‌های مشابه با محدودیت‌هایی رو به روست. با وجود اینها، در سال ۱۳۹۳ سندی توسط دفتر کنترل مواد و جرائم سازمان ملل منتشر شد، که با انجام مطالعه‌های مروری سیستماتیک متعدد فهرستی از مداخله‌های مؤثر را برای گروه‌های مختلف هدف و با ذکر سطح شواهد برای هر یک منتشر کرد (۵۶). البته بعد از آن همچنان تولید علم در این حیطه ادامه داشته است. الگوریتم ۱ برگرفته از این شواهد است و به تفکیک گروه مخاطب و موقعیت‌های اجرا و هم‌چنین امکان ارائه خدمات توسط نظام بهداشتی درمانی راههای مؤثر را نشان می‌دهد.

در کشور ما، نخستین اقدام‌های عملی در این مورد از سال ۱۳۷۴ شروع شد و رشد یافت. از جمله این اقدام‌ها می‌توان به پیشگیری مبتنی بر جامعه، فعالیت‌های آگاه‌سازی و هشداردهنده، تشویق فعالیت‌های سالم جایگزین مصرف مواد، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، و پیشگیری جماعت محور اشاره کرد که توسط سازمان‌های مختلف به اجرا در می‌آید. هر ساله گزارش‌هایی از پوشش میلیون‌ها نفر در محیط‌های آموزشی، کاری و اجتماعی در عملیات پیشگیری از اعتیاد، منتشر می‌شود. با این وجود، بیشتر فعالیت‌ها به‌طور مقطعی انجام شده، انسجام نداشته و تک استراتژیک می‌باشند و احتمال اثرگذاری آنها زیاد نیست. از جمله دلایل این امر، نگاهی ساده‌انگارانه

به پیشگیری، فقدان مدیریت منسجم و کارآمد و ساختارهای باثبات با بودجه مشخص و کمبود نیروی انسانی متبحر در این زمینه بوده است. ستاد مبارزه با مواد مخدر با تصویب سند جامع پیشگیری از اعتیاد در سال ۱۳۸۹، با تحت پوشش قرار دادن ۴۰٪ از جامعه هدف، برنامه‌های پیشگیری را آغاز نمود (۵۷). در چند سال گذشته، و با انتشار شواهد مربوط به اثربخشی چند بسته مهم پیشگیری مانند غربالگری و مداخله مختصر، و بازی رفتار خوب^۱، انطباق آنها برای جامعه ایرانی انجام شده و اجرای آزمایشی آنها شروع شده است.

درمان اعتیاد

برخی از افرادی که مشکلات ناشی از مصرف مواد دارند، بدون دریافت یک درمان مشخص طبی، در طول زمان بهبود می‌یابند. برای بیمارانی که مصرف مخاطره آمیز مواد دارند و یا دچار مصرف زینابار یا اعتیاد خفیف هستند، گاهی مداخلات مختصری که انگیزه بیمار را برای تغییر رفتار، هدف قرار می‌دهد و یا به سم زدایی وی کمک می‌کند، می‌تواند مؤثر بوده و موجب کاهش یا ترک مصرف مواد گردد (۵). برای افرادی که با مداخله‌های مختصر بهبود نمی‌یابند یا دچار وابستگی شدیدتری هستند، مداخله‌های مؤثر مختلفی وجود دارد. مداخله‌های درمانی عبارتند از: مداخله‌های دارویی برای تسهیل دوره سم زدایی، مداخله‌های دارویی نگهدارنده طولانی مدت با داروهای آگونیستی برای کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف ماده غیرقانونی اصلی، مداخله‌های روانشناختی کوتاه مدت یا بلندمدت، مداخله‌های اجتماعی از طریق گروه‌های همسالان یا سایر حمایت‌های اجتماعی برای کمک به بازتوانی فرد و استفاده از اجبار برای درمان معتادانی که مرتکب جرم می‌شوند، تحت عنوان درمان دادگاه مدار^۲. به طور کلی، در افرادی که اعتیاد شدیدتری دارند، دریافت تنها سم زدایی کوتاه مدت سرپایی یا بستری توصیه نمی‌شود. این نوع سم زدایی‌ها گرچه می‌تواند موجب قطع ناگهانی مصرف مواد شود، ولی اغلب در فاصله کوتاهی با عود مجدد همراه است. توصیه می‌شود که درمان‌های چندوجهی حداقل سه ماه ادامه یابد. هر چقدر درمانگران مهارت بیشتری داشته باشند و مداخله‌های جامعتری ارائه دهند بهتر می‌توانند بیماران را در درمان نگاه داشته و موجب تغییرات مثبتی شوند.

همچنین، نوع مراکزی که این خدمات را ارائه می‌دهند، تنوع زیادی دارند. شایعترین نوع مراکز، مراکز سرپایی درمان اعتیاد هستند که می‌توانند اغلب مداخله‌های فوق ارائه نمایند. همچنین، مراکز بستری کوتاه مدت، مراکز اقامتی کوتاه یا میان مدت برای ارائه برخی از این خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرد. امروزه تمایل عمومی در جهان، به ارائه این خدمات به صورت سرپایی و مراقبت مدیریت شده^۳ و پرهیز از درمان‌های اقامتی و اجباری است که هزینه زیادی داشته و ممکن است با سایر عوارض مانند گسترش ویروس اچ آی وی همراه باشد. البته برخی از انواع اقدام‌ها، می‌تواند خارج از نظام خدمات بهداشتی درمانی ارائه شود. مثلاً ممکن است برای برخی از کودکان و نوجوانان بی‌خانمان، کمپ‌های بازپروری کمک کننده باشد، افراد شاغل، در محل کار خود بطور مکرر مورد آزمایش ادرار قرار گیرند، و یا برخی از افراد با اعتقاد‌های مذهبی، از توصیه‌ها و آموزه‌های مذهبی، تمرکز و توکل بهره ببرند.

¹ Good Behavior Game (GBG)

² Drug court treatment

³ Managed care

نوزادی و ابتدای کودکی (صفر تا ۵ سالگی)	اواسط کودکی (۶ تا ۱۰ سالگی)	ابتدای نوجوانی (۱۱ تا ۱۴ سالگی)	نوجوانی (۱۵ تا ۱۹ سالگی)	ابتدای بزرگسالی (۲۰ تا ۲۵ سالگی)	بزرگسالی (۲۶ سالگی و بالاتر)
<p>خانواده</p> <ul style="list-style-type: none"> ویزیت قبل از تولد و دوران نوزادی (انتخابی و موردی) آموزش مهارت‌های فرزندپروری (همگانی و انتخابی) 					
<p>مدرسه</p> <ul style="list-style-type: none"> آموزش پیش از دبستان (انتخابی) آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی (همگانی و انتخابی) برنامه های مدیریت کلاس (همگانی) سیاست‌های نگهداری کودکان در تحصیل (انتخابی و موردی) مداخله بر آسیب پذیری های روانی فردی (موردی) 		<ul style="list-style-type: none"> آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی (همگانی و انتخابی) سیاست‌های مواد در مدارس (انتخابی) 			
<p>اجتماع</p> <ul style="list-style-type: none"> لینک‌گات چندموجه ای مبتنی بر اجتماع (همگانی و انتخابی) کارزار رسانه ای (همگانی و انتخابی) راهنمایی (انتخابی و موردی) 					
<p>محیط کار</p> <ul style="list-style-type: none"> مداخلات محیط کار (همگانی و انتخابی و موردی) 					
<p>بخش سلامت</p> <ul style="list-style-type: none"> غربالگری و مداخله مختصر (موردی) 					
<p>نظام خدمات بهداشتی درمانی می تواند اجرای آن را به عهده بگیرد.</p>					
<p>بهترین امکان اجرایی در سایر سازمانهاست، ولی توسط نظام خدمات بهداشتی درمانی و یا با مشارکت جدی آن قابل اجراست.</p>					
<p>توسط نظام خدمات بهداشتی درمانی قابل اجرا نیست، ولی نظام خدمات بهداشتی درمانی می تواند از طریق حمایت‌های تخصصی به سایر سازمان ها کمک کند.</p>					
<p>فونت پررنگ نشان دهنده راهکارهای با سطح شواهد بالاتر است.</p>					

الگوریتم ۱- راهکارهای مؤثر بر پیشگیری از اعتیاد به تفکیک گروه‌های هدف

در درمان اعتیاد باید به بیماری های روانی جدی همراه که پدیده‌ای شایع است، نیز توجه داشت. در یک مطالعه مروری سیستماتیک، نسبت شانس (¹OR) همراهی اختلال مصرف مواد با افسردگی ۳/۸ و با اختلالات اضطرابی ۲/۹ گزارش شد (۵۸). این نسبت ها برای ایران به ترتیب ۳/۷ و ۲/۵ گزارش شده است (۶). این امر، فرایند درمان اعتیاد را پیچیده تر می کند. درمان توأم اعتیاد با بیماری های همراه روانی به طور همزمان و توسط درمانگر واحد، معمولاً نتیجهٔ بهتری دارد (۵۹).

¹ Odds ratio

سیاست‌های درمان اعتیاد کشورهای مختلف با یکدیگر تفاوت‌های اساسی دارند. به عنوان مثال در حالیکه بیش از ۹۰٪ کشورها دارای امکان بستری برای سم زدایی هستند، تنها در ۴۲٪ از کشورها درمان نگهدارنده با متادون وجود دارد. همچنین در ۵۷٪ از کشورها، گروه خودیاری معتادان مخدر گمنام و در ۲۰٪ از کشورها، درمان دادگاه مدار وجود دارد (۶۰).

در ایران، برنامه‌های درمان معتادان که پس از انقلاب و به دنبال برنامه ضربتی برای ریشه کنی اعتیاد متوقف شده بود، از سال ۱۳۷۵ دوباره آغاز شد و به سرعت رشد یافت. یکی از ابعاد این رشد، گسترش کمی بوده است، به این معنا که تعداد مراکز و افراد تحت پوشش خدمات درمانی افزایش یافته است. تعداد مراکز خصوصی و مراکز مردم نهاد نیز رشد قابل توجهی داشته و در طول زمان سهم بیشتری از ارائه خدمات را به خود اختصاص داده است. این مراکز تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی کشور هستند. بعد دیگر رشد، وسعت یافتن نوع خدمات درمانی بوده است، به طوری که هر ساله روش‌های جدید درمان راه اندازی شده است. در حال حاضر به تقریب تمامی روش‌های درمان دارویی و غیردارویی و به ویژه در مورد درمان اعتیاد به مواد افیونی در کشور وجود دارد. از میان این خدمات، می‌توان به روش‌های مختلف سم زدایی با و بدون دارو به شیوه‌های سرپایی، بستری و اقامتی، سم زدایی فوق سریع همراه با بیهوشی، درمان‌های نگهدارنده با متادون، بوپرنورفین و تنتور اپیوم، اجتماع درمان مدار، درمان‌های شناختی رفتاری، درمان‌های گروهی، و گروه‌های خودیاری شامل گروه معتادان گمنام اشاره کرد. با گذشت زمان تمرکز بر روش‌های پرهیزمدار، جای خود را به روش‌های نگهدارنده و کاهش زیان داده است. این روند گرچه برای کنترل رفتارهای پرخطر و آسیب‌های ناشی از اعتیاد و برای کاهش انگ اعتیاد مثبت ارزیابی می‌شود، ولی کم توجهی به ارتقای خدمات درمانی پرهیزمدار نگرانی‌هایی را ایجاد کرده است. همچنین، با اینکه توجه مسئولان به رشد کمی خدمات، ارزش زیادی در گسترش آن و دسترسی آحاد جامعه به این خدمات داشته است، وضعیت کیفیت ارائه خدمات و نظارت بر مراکز درمانی به همان میزان مورد توجه نبوده است (۱). در حال حاضر، بیشترین خدمات موجود که در سطح کشور پراکنده اند، عبارتند از: هزاران مرکز درمان سرپایی ترک اعتیاد که بطور عمده درمان نگهدارنده با متادون را ارائه می‌کنند، هزاران مرکز اقامتی کوتاه مدت (کمپ) با رویکرد پرهیزمدار و هزاران گروه خودیاری معتادان گمنام.

کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد

گرچه در طب و بخصوص در مورد بیماری‌های مزمن و یا بیماری‌های صعب‌العلاج، کاهش آسیب‌های ناشی از بیماری، بخش عمده و غیرقابل انکاری از مراقبت و درمان را تشکیل می‌دهد، در مورد اعتیاد، کاهش آسیب‌های ناشی از مواد در دهه‌های گذشته، موضوعی مورد چالش بوده که طرفداران و مخالفانی داشته است. به‌طور اختصاصی، کاهش آسیب‌های ناشی از مواد، به مجموعه سیاست‌ها و اقدام‌هایی گفته می‌شود که به فرد معتاد اجازه می‌دهد تا علیرغم مصرف مواد و ادامه اعتیاد، خدمات بهداشتی خاصی را برای کاهش آسیب‌های ناشی از آن دریافت کند. این اقدام‌ها انواع گوناگونی دارد:

۱. برخی از اقدام‌ها بر تبدیل مصرف یک ماده پرخطر به ماده کم‌خطرتر و یا یک روش پرخطر به روشی کم‌خطر اختصاص دارند، مانند جایگزین کردن مصرف تزریقی هروئین با تجویز پزشکی متادون یا نتوراپیوم. عده‌ای این راهکار را به عنوان روش کاهش آسیب شناخته و آن را یک روش درمانی تلقی می‌کنند.

۲. برخی از اقدام‌ها به تبدیل روش‌های پرخطر مصرف به رفتارهای کم‌خطر اختصاص دارند، مانند توزیع سرنگ استریل بین معتادان تزریقی به منظور جلوگیری از مصرف مشترک یک سرنگ و پیشگیری از انتقال بیماری‌های منتقله از راه خون، مانند ایدز و هپاتیت C و یا توزیع کاندوم بین معتادان برای جلوگیری از انتقال بیماری‌های منتقله از راه جنسی مانند ایدز و سیفلیس.

مخالفان این سیاست‌ها معتقدند که اشاعه این روشها به نوعی تایید و تشویق کننده ادامه مصرف مواد توسط معتادان می‌باشد و دولت‌ها باید از توسعه و گسترش این روشها اجتناب کنند. موافقان این روشها اغلب معتقدند که در دوره زمانی محدودی که یک فرد معتاد مایل نیست و یا قادر نیست مصرف مواد خود را کنار بگذارد، برای پیشگیری از ابتلای وی و اطرافیانش به بیماری‌های دیگر، چاره‌ای جز ارائه این خدمات نیست. به‌ویژه شیوع ایدز ناشی از مصرف تزریقی مواد، مهمترین دلیل کشورها به استفاده از این سیاست‌ها بوده است. در حال حاضر، ۹۰ کشور سیاست کاهش آسیب را به‌عنوان یک سیاست ملی پذیرفته اند، لیکن ارائه این خدمات در بسیاری از همین کشورها هم محدود است (۶۱).

در دهه گذشته، با افزایش شیوع عفونت اچ آی وی در مصرف‌کنندگان مواد مخدر کشور، سیاست‌های گذشته مورد بازبینی قرار گرفت و راهکار کاهش زیان به مجموعه سیاست‌های کنترل مواد مخدر کشور اضافه گشت. این امر موجب شد تا تحمل سیاستگذاران نسبت به پدیده مصرف مواد افزایش یافته و مراکز متعدد کاهش زیان که بین معتادان سرنگ و سوزن و کاندوم توزیع می‌کنند، راه اندازی شود. اتخاذ این تدابیر در یک کشور اسلامی، پدیده‌ای نو بوده و موجب گردید تا ایران در عرصه بین‌المللی و در خاور میانه به عنوان کشوری پیشتاز در این راه شناخته شود. به طور کلی، بر اساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در سال ۱۳۹۴، به ازای هر مصرف‌کننده تزریقی مواد، ۴۴ تا ۶۰ سرنگ استریل رایگان توزیع شده است و پیش بینی می‌شود که حدود ۲۵ هزار مصرف‌کننده تزریقی مواد درمان نگهدارنده با متادون دریافت کرده باشند (۵۰).

خدمات ادغام یافته در نظام بهداشتی درمانی کشور

ادغام برنامه‌های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد در نظام بهداشتی درمانی در کشور یکی از موضوع‌های مورد چالش دو دهه اخیر بوده است. گرچه بارها بدین منظور برنامه‌های آزمایشی همراه با بسته‌های خدمتی و آموزشی تهیه و به‌کار گرفته شدند، ولی عوامل بسیاری مانع از قوت گرفتن این برنامه بوده‌اند. در حال حاضر، با تصویب حضور یک روانشناس در تیم سلامت، پیش بینی شده است که غربالگری جوانان و افراد در معرض خطر برای شناسایی افراد با مصرف مشکل دار مواد انجام شود. افرادی که دچار وابستگی به مواد هستند به سطوح بالاتر

برای تشخیص و درمان ارجاع داده شوند و افرادی که مصرف مخاطره آمیز و یا زیانبار دارند، تحت مداخله مختصر روانشناختی قرار گیرند. همچنین، آموزش خودمراقبتی و مهارت‌های زندگی برای گروه‌های در معرض خطر و هم‌چنین آموزش فرزندپروری برای والدین نوجوانان و مشاوره فردی برای افراد دارای مشکلات روانی توسط تیم سلامت در روستاها، شهرهای کوچک و حاشیه شهرهای بزرگ پیش بینی شده است.

منابع

۱. رحیمی موقر آ، وامقی ر، اعتیاد. در: گزارش وضعیت اجتماعی ایران (۸۸-۱۳۸۰). مدنی س. تهران: موسسه رحمان، ۱۳۹۰.
۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها، بار عوامل خطر سلامت و امید زندگی توأم با سلامت در جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۸۶.
3. Naghavi M, Shahraz S, Sepanlou SG, et al. Health transition in Iran toward chronic diseases based on results of Global Burden of Disease 2010. Arch Iran Med 2014; 17:321-35.
4. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). (World drug report, 2010. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2010).
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11 ed: Lippincott Williams & Wilkins 2015.
6. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, et al. Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization. In Press;
7. Kamangar F, Shakeri R, Malekzadeh R, et al. Opium use: an emerging risk factor for cancer? The Lancet Oncology 2014; 15:e69-e77.
8. Khademi H, Malekzadeh R, Pourshams A, et al. Opium use and mortality in Golestan Cohort Study: prospective cohort study of 50 000 adults in Iran. BMJ 2012; 344:e2502.
9. Gowing L, Ali R, White JM. Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2009; CD002025.
10. Gowing L, Ali R, White JM. Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2009; CD002021.
11. Amato L, Davoli M, Minozzi S, et al. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2013; 2:CD003409.
12. Gowing L, Farrell MF, Ali R, et al. Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2014, 3:CD002024.
13. WHO (World Health Organization), INCB (International Narcotics Control Board), UNODC (United Nations Office on Drugs Crime). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence: World Health Organization 2009.
14. Fatseas M, Auriacombe M. Why buprenorphine is so successful in treating opiate addiction in France. Current Psychiatry Reports 2007; 9:358-64.
۱۵. امین اسماعیلی م، شادلو ب، رحیمی موقر آ، هفت برادران م، نوروزی ع، قربان جهرمی ر. مروری بر مصرف مواد محرک در ایران. زیر چاپ.
16. Grant KM, LeVan TD, Wells SM, et al. Methamphetamine-associated psychosis. Journal of Neuroimmune Pharmacology 2012; 7:113-39.
17. Kalant H. Effects of cannabis and cannabinoids in the human nervous system. In: BK Madras, MJ Kuhar, eds. The effects of drugs in the human nervous system: Elsevier 2014.
18. Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. J Addiction Medicine 2011; 5:1-8.

19. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ* 2012; 344:e536.
20. Hasin DS, Saha TD, Kerridge BT, et al. Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001-2002 and 2012-2013. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:1235-42.
21. Degenhardt L, Hall WD, Lynskey M, et al. should burden of disease estimates include cannabis use as a risk factor for psychosis. *PLoS Med* 2009; 6:e1000133.
22. Fischer B, Imtiaz S, Rudzinski K, et al. Crude estimates of cannabis-attributable mortality and morbidity in Canada—implications for public health focused intervention priorities. *J Public Health* 2015; fdv005.
۲۳. رحیمی موقر آ، شریفی و، متولیان ع، امین اسماعیلی م، حاجبی ا، رادگودرزی ر، و حفاظی م. پیمایش ملی سلامت روان (۹۰-۱۳۸۹). تهران: مه‌رسا، ۱۳۹۴.
24. NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism). Drinking levels defined. [cited 2015 December 1]; Available from: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>
25. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). World drug report, 2015. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2015.
26. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). Global synthetic drugs assessment 2014, amphetamine-type stimulants and new psychoactive substances. Vienna 2014.
27. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013, 382:1564-74.
28. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). World drug report, 2013. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2013.
29. SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). Results from the 2013 national survey on drug use and health: summary of national findings. NSDUH series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863, Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
30. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). European drug report, trends and developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
31. Cottler LB, Ajinkya S, Goldberger BA, et al. Prevalence of drug and alcohol use in urban Afghanistan: epidemiological data from the Afghanistan National Urban Drug Use Study (ANUDUS). *The Lancet Global Health* 2014; 2:e592-e600.
32. Afghanistan Ministry of Counter Narcotics. Afghanistan Drug Report, 2012. Published with technical support of the United Nations Office for Drugs and Crime. Kabul: Afghan Ministry of Counter Narcotics; 2013.
33. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), Ministry of Interior and Narcotics Control. Drug use in Pakistan. Islamabad: UNODC, Pakistan country office; 2013.
34. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Aaraj E, et al. Assessment of situation and response of drug use and its harm in the Middle East and North Africa, 2012. Lebanon: Middle East and North Africa Harm Reduction Association (MENAHRRA) 2013.
۳۵. یاسمی م، شاه‌محمدی د، نقوی م، باقری یزدی ع و همکاران. گزارش پژوهش بررسی همه‌گیری‌شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران. تهران: معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۱.
۳۶. نارنجی ها ه- رفیعی ح، باغستانی ا، نوری ر، غفوری ب، سلیمانی نیا ل، و همکاران. سومین بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران، سال ۲۰۰۶؛ تهران: دانژه، ۱۳۸۸.

۳۷. نارنجی ها ه، رفیعی ح، باغستانی ا و همکاران. ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران (نیمه دوم سال ۱۳۸۳)، گزارش تحقیق. تهران: موسسه داریوش: مرکز آموزشی و پژوهشی سوء مصرف و وابستگی به مواد، ۱۳۸۴.
38. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Sharifi V, Hajebi A, Hefazi M, Rad Goodarzi R, et al. The Iranian Mental Health Survey: design and field procedures. *Iran J Psychiatry* 2014, 9:96-109.
39. Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Arch Iran Med* 2015, 18:76-84.
۴۰. رزاقی ع م، رحیمی موقر آ، حسینی م، مدنی س، چاترجی آ. ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. تهران: سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۲.
41. WHO (World Health Organization). Global status report on alcohol and health-2014: World Health Organization 2014.
۴۲. رحیمی موقر آ، سهیمی ایزدیان ا. وضعیت مصرف مواد در دانش آموزان کشور. *رفاه اجتماعی* ۱۳۸۴، ۵: ۳۰-۳۹.
۴۳. رحیمی موقر آ، سهیمی ایزدیان ا، یونسیان م. مطالعه مروری وضعیت مصرف مواد در دانشجویان کشور. *پایش، فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی* ۱۳۸۵، ۵: ۸۳-۱۰۴.
44. Amin-Esmaeili M, Yunesian M, Sahimi-Izadian E, et al. The prevalence of illicit substance use among students of medical sciences in Tehran: results from four repeated surveys from 2006 to 2009. In Press.
۴۵. رحیمی موقر آ. شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران. *رفاه اجتماعی* ۱۳۸۳، ۱۲: ۲۰۳-۲۲۶.
۴۶. نوری ر، رفیعی ح، نارنجی ها ه و همکاران. تحلیل روند پدیده های مرتبط با شدت اعتیاد در سال های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۴. تهران: مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، ۱۳۸۶.
47. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Shadloo B, et al. Transition to injecting drug use in Iran: a systematic review of qualitative and quantitative evidence. *Int J Drug Policy* 2015; 26:808-19.
۴۸. رحیمی موقر آ، محمد ک، رزاقی ع. روند ۳۰ ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. *حکیم* ۲۰۱۳، ۲: ۱۷۱-۱۸۲.
49. Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, et al. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization* 2013; 91:102-23.
50. Iran Ministry of Health. Iran AIDS progress report on monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: National AIDS Committee Secretariat, Iran Ministry of Health; 2015.
51. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Haghdoost A-a, et al. HIV prevalence amongst injecting drug users in Iran: A systematic review of studies conducted during the decade 1998–2007. *Int J Drug Policy* 2012; 23:271-8.
52. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Haghdoost AA, et al. Evidence of HIV epidemics among non-injecting drug users in Iran: a systematic review. *Addiction* 2012; 107:1929-38.
۵۳. حق دوست ا، اصولی م، سجادی ل و همکاران. مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد به روش تزریقی در ایران (۸۹-۱۳۸۸)، گزارش نهایی. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۹۱.
54. Malekinejad M, Navadeh S, Lotfizadeh A, et al. High hepatitis C virus prevalence among drug users in Iran: systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence (2001–2012). *Int J Infectious Diseases* 2015, 40:116-30.
۵۵. ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری. کتاب سال ۱۳۹۴ ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۴.
56. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). International standards on drug use prevention 2013.
۵۷. ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری. سند جامع پیشگیری از اعتیاد، ۱۳۸۹.

58. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, et al. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015; 154:1-13.
59. Pettinati H, O'Brien C, Dundon W. Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *American J Psychiatry* 2013; 170:23-30.
60. WHO (World Health Organization). *Atlas on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders*.
61. Stone K. *The Global state of harm reduction 2014*. London: Harm Reduction International; 2014.

EPIDEMIOLOGY AND CONTROL OF COMMON DISEASES IN IRAN

4th Edition



Fereidoun Azizi, M.D

Hossein Hatami, M.D

Mohsen Janghorbani, Ph.D

*Research Institute for Endocrine Sciences
Shahid Beheshti University of Medical Sciences*



ISBN 978-600-209-248-9



9 786002 092489